



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENSEÑANZA SUPERIOR

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
BIOPSIICOSOCIALES DE EMBARAZO EN LAS MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS: UNA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN ENSEÑANZA SUPERIOR**

PRESENTA

MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

TUTOR PRINCIPAL

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

México D.F. DICIEMBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ENSEÑANZA SUPERIOR

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
BIOPSIICOSOCIALES DE EMBARAZO EN LAS MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS: UNA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ENSEÑANZA SUPERIOR

PRESENTA

MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

CON LA ASESORÍA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

México D.F. 2012

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario por la asesoría recibida de Metodología de la investigación, estadística y corrección de estilo que hizo posible la culminación exitosa de esta investigación.

A las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla del Estado de Morelos por su entusiasta participación en la aplicación de los cuestionarios.

A los docentes de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, quienes gracias a sus enseñanzas puedo ser ahora una mejor docente para mis alumnos.

A la Dra. María Concepción Barrón Tirado Coordinadora del Programa, a los miembros de mi jurado Maestro Federico Sacristán Ruiz, Maestra Iñiga Pérez Cabrera, Dr. Carlos C. Compton García Fuentes y Maestra Liliana González Juárez, quienes contribuyeron a la culminación de este estudio

DEDICATORIAS

A mis padres: Andrés González Leal y María Vázquez Rojas[†] quienes siempre me han guiado por el camino de la superación, hasta hacer de mi una profesional de la salud para beneficio de los alumnos.

A mis hijos: Guillermo Bernal González y Alex Eddie Bernal González por todo el cariño y comprensión que he recibido de ellos y que me ha dado la fuerza para seguir adelante.

A mis hermanos Ángel, Nohemi, Clemente, Nicolás y Florencia por todo su apoyo incondicional durante toda mi carrera.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	4
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	11
1.5 OBJETIVOS	12
1.5.1 General	12
1.5.2 Específicos	12
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	13
2.1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIALES DEL EMBARAZO	13
2.1.1 Conceptos básicos	13
- De conocimiento	13
○ Ordinario	13
○ Científico	14
2.1.2 Los métodos del conocimiento	15
- Tenacidad	15

	Pag.
- Autoridad	16
- De la ciencia	17
2.1.3 Factor de riesgo en el embarazo	17
- Concepto	17
- El riesgo reproductivo y obstétrico	18
- Factores de riesgo en el embarazo de adolescentes	18
○ Estructurales	18
○ Individuales	19
○ Institucionales	20
- Evaluación del riesgo maternal y perinatal	21
2.1.4 Enfoque de riesgo en el embarazo	21
- Mujeres en riesgo	22
- El riesgo obstétrico	23
○ Embarazo de bajo riesgo	23
○ Embarazo de alto riesgo	24
2.1.5 Factores de riesgo biológicos	24
- Edad como factor de riesgo	24
○ Actividad sexual prenatal	25
○ Aspectos biológicos y psicológicos	26
○ Condiciones psicosociales	26

	Pag.
- Peso menor a 45 kilogramos como factor de riesgo	27
○ El peso corporal menor	27
○ El peso corporal mayor	27
Obesidad en el embarazo	28
- Talla menor a 1.50 cms, como factor de riesgo	29
○ Capacidad pélvica	29
○ Estrategia educativa de salud perinatal	29
- Preeclampsia, como factor de riesgo	30
○ Concepto	30
○ Fisiopatología	30
○ Clasificación	31
a) Leve	31
b) Severa	32
○ Gestión del Licenciado en Enfermería y Obstetricia	32
- Desnutrición, como factor de riesgo	34
○ Nutrición y embarazo	34
○ Desnutrición en el embarazo	35
○ Necesidad de nutrientes	35
○ Ganancia de peso	36
○ Intervención de Enfermería en la restricción de la ganancia de peso	37

	Pag.
- Aborto como factor de riesgo	38
○ Concepto	38
○ Tipos de aborto	39
○ Incidencia y etiología	40
○ Causas del aborto	40
a) Orgánicas	40
b) Funcionales	42
c) Psicodinámicas	42
d) Ovulares	42
e) Tóxicas y traumáticas	43
○ Plan de cuidados de enfermería	43
- Periodo intergenésico, como factor de riesgo	44
○ Concepto	44
○ Riesgo de la multiparidad	44
○ Efectos de la multiparidad en la mortalidad materna	45
○ Periodo intergenésico óptimo	46
- Estrés como factor de riesgo	47
○ Salud emocional	47
○ Aspectos psicológicos en el embarazo	48
○ Alteración emocional de la embarazada	49
○ Manifestaciones emocionales	50

	Pag.
Factores psicosociales que afectan a la embarazada	50
- Embarazo no deseado, como factor de riesgo	51
o Concepto	51
o Evento invisible	52
o Consecuencias del embarazo no deseado	52
o Intervención de salud y enfermería	53
- Madres solteras sin respaldo como factor de riesgo	54
o La tradición cultural	54
o Conflictos con la pareja	54
o Conflictos con la familia	55
o Violencia física intrafamiliar	56
o Educación para la salud como estrategia de apoyo	57
- Depresión, como factor de riesgo	58
o Generalidades	58
o Epidemiología	58
o Impacto de la depresión en los familiares	59
o Tratamiento de la depresión	60
o Gestión de enfermería	60
- Matriarcado y costumbres, como factor de riesgo	61

	Pag.
○ Enfoque de género	61
○ Ideología dominante	62
○ Población indígena	63
○ Las costumbres de Xoxocotla	64
- Escolaridad e ingresos	66
○ Nula educación sexual	66
○ Comportamiento sexual responsable	66
○ La mujer con escolaridad	67
○ La pobreza	67
○ Nivel socioeconómico y tasas de fecundidad	68
- La mujer indígena	69
○ Violaciones a los derechos de las mujeres indígenas	69
○ 1ª Conferencia mundial sobre la mujer	69
○ La mujer indígena Latinoamericana	70
3. <u>METODOLOGÍA</u>	71
3.1 HIPOTESIS	71
3.1.1 General	71
3.1.2 De trabajo	71
3.1.3 Nula	72

	Pag.
3.2 VARIABLES E INDICADORES	72
3.2.1 Independiente	72
- Indicadores de la variable	72
3.2.2 Definición operacional	73
3.2.3 Modelo de relación de influencia de la variable	78
3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	79
3.3.1 Tipo	79
3.3.2 Diseño	80
3.3.3 Aspectos éticos	81
3.3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	81
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS	82
3.4.1 Fichas de trabajo	82
3.4.2 Observación	82
3.4.3 Entrevista	82
3.4.4 Cuestionario	83
4. <u>INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA</u>	84
4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	84
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS	84
4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	141

	Pag.
4.3.1 Análisis Descriptivo	141
4.3.2 Análisis Inferencial	149
5. <u>PROPUESTA FUNDAMENTAL: INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER</u>	155
5.1 INTERVENCIÓN EDUCATIVA	156
5.1.1 Conceptos	156
- De intervención educativa	156
5.1.2 Características de la intervención educativa	159
- Punto de partida	159
- Proceso lento, pero progresivo	159
5.2 EDUCACIÓN EN SALUD	160
5.2.1 Conceptos básicos	160
- De educación en salud	160
5.2.2 Enfoque pedagógico de la educación en salud	162
- Identificación de la población	162
• Definición de objetivos	162
• Métodos pedagógicos	163
• Papel de los tutores	163
- Evaluación de los recursos didácticos	164

	Pag.
5.2.3 Condicionantes de la salud	165
- Regulación y legislación	165
- Información y comunicación social	166
- Educación y desarrollo del recurso humano	166
• Reorientación de servicios de salud	167
5.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD	168
5.3.1 Conceptos básicos	168
- De salud	168
• De promoción de la salud	168
• Ámbitos de acción de la promoción de la salud	169
• Individual	169
• Familiar	170
• Comunitario	170
• Social	171
5.3.2 Mecanismos de promoción de la salud	171
- Autocuidado	171
• Ayuda mutua	172
• Entornos sanos	172
• Política pública saludable	173
5.3.3 Modelos de promoción de la salud	174
- Modelo de Creencias en salud	174

	Pag.
<ul style="list-style-type: none"> • Características de modelo • Modelo de Promoción de la salud • Características del modelo 	175 176 177
5.4 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER	178
5.4.1 Concepto del Modelo de Nola Pender	178
- Origen de Nola Pender	179
- Bases Psicosociales del Modelo	180
- Sustento teórico del Modelo de Nola Pender	181
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Creencias en salud • Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura 	181 182
- La perspectiva holística del Modelo de Nola Pender	183
- Aspectos claves de Modelos de Nola Pender	184
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta previa relacionada • Factores personales • Barreras percibidas de acción • Autoeficiencia percibida • Afecto relacionado con la actividad • Influencias interpersonales • Influencias situacionales 	184 185 185 186 186 186 187

	Pag.
5.5 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA CON BASE EN EL MODELO DE NOLA PENDER	187
5.5.1 Riesgo en el período intergenésico	187
- Resultado de la investigación	187
- Conducta previa relacionada	188
- Percepción del beneficio de acción	188
- Compromiso de un plan de acción	188
- Conducta promotora de la salud	189
- Evaluación	189
5.5.2 Riesgo en la talla menor de 1.50 cms.	189
- Resultado de la investigación	189
- Conducta previa relacionada	189
- Percepción del beneficio de acción	189
- Compromiso de un plan de acción	191
- Conducta promotora de la salud	191
- Evaluación	192
5.5.3 Riesgo de desnutrición	192
- Resultado de la investigación	192
- Conducta previa relacionada	192
- Percepción del beneficio de acción	193
- Compromiso de un plan de acción	193
- Conducta promotora de salud	194

	Pag.
- Evaluación	194
5.5.4 Riesgos de multiparidad	195
- Resultado de la investigación	195
- Conducta previa relacionada	195
- Percepción del beneficio de acción	195
- Compromiso de un plan de acción	195
- Conducta promotora de la salud	196
- Evaluación	196
5.5.5 Riesgo de aborto	197
- Resultado de la investigación	197
- Conducta previa relacionada	197
- Percepción del beneficio de acción	197
- Compromiso de un plan de acción	198
- Conducta promotora de la salud	198
- Evaluación	199
5.5.6 Riesgo en edad menor a 18 años y mayor a 38 años	199
- Resultado de la investigación	199
- Conducta previa relacionada	199
- Percepción del beneficio de acción	200
- Compromiso de un plan de acción	200
- Conducta promotora de la salud	200

	Pag.
- Evaluación	201
5.5.7 Riesgo en peso menor a 45 kg.	201
- Resultado de la investigación	201
- Conducta previa relacionada	201
- Percepción del beneficio de acción	202
- Compromiso de un plan de acción	202
- Conducta promotora de la salud	202
- Evaluación	203
5.5.8 Riesgos de preeclampsia	204
- Resultado de la investigación	204
- Conducta previa relacionada	204
- Percepción del beneficio de acción	204
- Compromiso de un plan de acción	205
- Conducta promotora de la salud	205
- Evaluación	206
5.6 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA, CON BASE EN EL MODELO DE NOLA PENDER	206
5.6.1 Riesgo de estrés	206
- Resultado de la investigación	206
- Conducta previa relacionada	206
- Percepción del beneficio de acción	206

	Pag.
- Compromiso de un plan de acción	207
- Conducta promotora de la salud	207
- Evaluación	208
5.6.2 Riesgo de depresión	208
- Resultado de la investigación	208
- Conducta previa relacionada	209
- Percepción del beneficio de acción	209
- Compromiso de un plan de acción	209
- Conducta promotora de la salud	210
- Evaluación	210
5.6.3 Riesgo de embarazo no deseado	210
- Resultado de la investigación	210
- Conducta previa relacionada	211
- Percepción del beneficio de acción	211
- Compromiso de un plan de acción	211
- Conducta promotora de la salud	212
- Evaluación	212
5.7 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL CON BASE EN EL MODELO DE NOLA PENDER	213
5.7.1 Riesgo de baja escolaridad	213
- Resultado de la investigación	213

	Pag.
- Conducta previa relacionada	213
- Percepción del beneficio de acción	213
- Compromiso de un plan de acción	214
- Conducta promotora de la salud	214
- Evaluación	215
5.7.2 Riesgos de cargas excesivas de trabajo	215
- Resultado de la investigación	215
- Conducta previa relacionada	215
- Percepción del beneficio de acción	216
- Compromiso de un plan de acción	216
- Conducta promotora de la salud	217
- Evaluación	217
5.7.3 Riesgos de bajos recursos económicos	217
- Resultado de la investigación	217
- Conducta previa relacionada	218
- Percepción del beneficio de acción	218
- Compromiso de un plan de acción	218
- Conducta promotora de la salud	219
- Evaluación	219
5.7.4 Riesgo de la no convivencia con la pareja	220
- Resultado de la investigación	220
- Conducta previa relacionada	220

	Pag.
- Percepción del beneficio de acción	220
- Compromiso de un plan de acción	220
- Conducta promotora de la salud	221
- Evaluación	221
5.7.5 Riesgo de falta de educación reproductiva	222
- Resultado de la investigación	222
- Conducta previa relacionada	222
- Percepción del beneficio de acción	222
- Compromiso de un plan de acción	223
- Conducta promotora de la salud	223
- Evaluación	223
6. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	224
6.1 CONCLUSIONES	224
6.2 RECOMENDACIONES	228
7. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	239
8. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	286
9. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	296

INDICE DE CUADROS

	Pag.
CUADRO No. 1: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA DEL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	85
CUADRO No. 2: DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	87
CUADRO No. 3: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CUENTAN CON LOS RECURSOS SANITARIOS EN SU VIVIENDA, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	89
CUADRO No. 4: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CUENTAN CON MEDIO DE TRANSPORTE, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	91

CUADRO No. 5:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CONVIVEN CON ANIMALES, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	93
CUADRO No. 6:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE UNA EDAD MENOR A 18 AÑOS Y MAYOR A 35 AÑOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	95
CUADRO No. 7:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL PESO MENOR A 45 KG. ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	97
CUADRO No. 8:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA TALLA MENOR A 1.50 CMS. ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	99

CUADRO No. 9:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA PREECLAMPSIA (AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, VER LUCESITAS, ZUMBIDO DE OÍDOS) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	101
CUADRO No. 10:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	103
CUADRO No. 11:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO QUE SI SABÍAN QUE EL TENER MUCHOS HIJOS ES UN FACTOR DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS...	105
CUADRO No. 12:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ABORTO ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	107

CUADRO No. 13: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL TENER EMBARAZOS EN CORTO TIEMPO ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	109
CUADRO No. 14: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ESTRÉS (A CAUSA DE PROBLEMAS EN EL HOGAR, PROBLEMAS CON SU PAREJA) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	111
CUADRO No. 15: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ES UN FACTOR DE REISGO DURANTE EL EMBARAZO EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	113
CUADRO No. 16: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL APOYO DE LA PAREJA ES IMPORTANTE DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS...	115

CUADRO No. 17: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA DEPRESIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	117
CUADRO No. 18: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI CONSIDERAN EL APOYO DE SU SUEGRA DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA EN EL ESTADO DE MORELOS.....	119
CUADRO No. 19: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI ACOSTUMBRAN ASISTIR A SUS CONSULTAS MÉDICAS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	121
CUADRO No. 20: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA FALTA DE ESTUDIOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS..	123

CUADRO No. 21: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LAS CARGAS DE TRABAJO EXCESIVAS SON UN FACTOR DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	125
CUADRO No. 22: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA CONVIVENCIA CON SU PAREJA EVITA EL FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	127
CUADRO No. 23: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN TORNO, A QUE SI SABÍAN QUE EL TENER BAJOS RECURSOS (FALTA DE DINERO) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	129
CUADRO No. 24: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI TOMAN DECISIONES EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	131

CUADRO No. 25: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE CONTAR CON EDUCACIÓN REPRODUCTIVA EVITA RIESGOS EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS..	133
CUADRO No. 26: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ACUDIR A LAS CONSULTAS MÉDICAS DURANTE EL EMBARAZO EVITA RIESGOS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	135
CUADRO No. 27: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO SI VIVEN AGRESIONES SEXUALES DE SU PAREJA QUE PONE EN RIESGO SU EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	137
CUADRO No. 28: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A COMO EVALUAN LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE LE OTORGAN LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS...	139

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pag.
GRAFICA No. 1: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA DEL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	86
GRAFICA No. 2: DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	88
GRAFICA No. 3: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CUENTAN CON LOS RECURSOS SANITARIOS EN SU VIVIENDA, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	90
GRAFICA No. 4: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CUENTAN CON MEDIO DE TRANSPORTE, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	92

GRAFICA No. 5:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CONVIVEN CON ANIMALES, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	94
GRAFICA No. 6:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE UNA EDAD MENOR A 18 AÑOS Y MAYOR A 35 AÑOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	96
GRAFICA No. 7:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL PESO MENOR A 45 KG. ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	98
GRAFICA No. 8:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA TALLA MENOR A 1.50 CMS. ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	100

GRAFICA No. 9:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA PREECLAMPSIA (AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, VER LUCESITAS, ZUMBIDO DE OÍDOS) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	102
GRAFICA No. 10:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	104
GRAFICA No. 11:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO QUE SI SABÍAN QUE EL TENER MUCHOS HIJOS ES UN FACTOR DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS...	106
GRAFICA No. 12:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ABORTO ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	108

GRAFICA No. 13:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL TENER EMBARAZOS EN CORTO TIEMPO ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	110
GRAFICA No. 14:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ESTRÉS (A CAUSA DE PROBLEMAS EN EL HOGAR, PROBLEMAS CON SU PAREJA) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	112
GRAFICA No. 15:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ES UN FACTOR DE REISGO DURANTE EL EMBARAZO EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	114
GRAFICA No. 16:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL APOYO DE LA PAREJA ES IMPORTANTE DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS...	116

GRAFICA No. 17:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA DEPRESIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	118
GRAFICA No. 18:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI CONSIDERAN EL APOYO DE SU SUEGRA DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA EN EL ESTADO DE MORELOS.....	120
GRAFICA No. 19:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI ACOSTUMBRAN ASISTIR A SUS CONSULTAS MÉDICAS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	122
GRAFICA No. 20:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA FALTA DE ESTUDO ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	124
GRAFICA No. 21:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE	

	Pag.
LAS CARGAS DE TRABAJO EXCESIVAS SON UN FACTOR DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	126
GRAFICA No. 22: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA CONVIVENCIA CON SU PAREJA EVITA EL FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	128
GRAFICA No. 23: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN TORNO, A QUE SI SABÍAN QUE EL TENER BAJOS RECURSOS (FALTA DE DINERO) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	130
GRAFICA No. 24: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI TOMAN DECISIONES EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	132

GRAFICA No. 25:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE CONTAR CON EDUCACIÓN REPRODUCTIVA EVITA RIESGOS EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS....	134
GRAFICA No. 26:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ACUDIR A LAS CONSULTAS MÉDICAS DURANTE EL EMBARAZO EVITA RIESGOS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	136
GRAFICA No. 27:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO SI VIVEN AGRESIONES SEXUALES DE SU PAREJA QUE PONE EN RIESGO SU EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS.....	138
GRAFICA No. 28:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A COMO EVALUAN LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE LE OTORGAN LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS...	140
GRAFICA No. 29:	COMPARACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR DIMENSIÓN.....	142

INDICE DE TABLAS

	Pag.
TABLA No. 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DIMENSIÓN DE LAS PEORES RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS.....	142
TABLA No. 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DIERON LAS EMBARAZADAS.....	143
TABLA No. 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LAS PEORES RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS.....	144
TABLA No. 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DIERON LAS EMBARAZADAS.....	145
TABLA No. 5: DISTIRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS PEORES RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS.....	147
TABLA No. 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DIERON LAS EMBARAZADAS.....	148
TABLA No. 7: PONDERACIÓN DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL.....	149

	Pag.
TABLA No. 8: RIESGO DE LAS DIMENSIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS.....	148
TABLA No. 9: DIFERENCIA DE MEDIDAS DE LAS DIMENSIONES POR GRUPO DE EDAD.....	150

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

	Pag.
ANEXO No. 1: EVALUACIÓN DEL RIESGO MATERNAL Y PERINATAL.....	243
ANEXO No. 2: PRUEBAS PARA IDENTIFICAR A LA MUJER EN RIESGO.....	244
ANEXO No. 3: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES MAYORES.....	245
ANEXO No. 4: DIFERENCIACIÓN ENTRE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA.....	246
ANEXO No. 5: RED DE INFLUENCIAS QUE PUEDEN AFECTAR EL RESULTADO DEL EMBARAZO.....	247
ANEXO No. 6: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA.....	248
ANEXO No. 7: VALORACIÓN DEL ABORTO.....	250
ANEXO No. 8: TIPOS DE ABORTO.....	251
ANEXO No. 9: FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.....	252
ANEXO No. 10: HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD.	253
ANEXO No. 11: ORIENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD.....	254

ANEXO No. 12: HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LEAVELL Y CLARK.....	255
ANEXO No. 13: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMO ESTRATEGIA.	256
ANEXO No. 14: MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.....	257
ANEXO No. 15: LA AUTOEFICACIA DE ALBERT BANDURA, COMO FORMA DE AUTOCONOCIMIENTO.....	258
ANEXO No. 16: MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	259
ANEXO No. 17: ASUNCIONES DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	260
ANEXO No. 18: BIOGRAFÍA DE NOLA J. PENDER.....	261
ANEXO No. 19: MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER.....	263
ANEXO No. 20: PREMISAS DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD..	264
ANEXO No. 21: PRINCIPALES SUPUESTOS DEL MODELO DE NOLA PENDER.....	265

	Pag.
APÉNDICE No. 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN.....	266
APÉNDICE No. 2: FACHADA DEL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA.....	279
APÉNDICE No. 3: PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS.....	280
APÉNDICE No. 4: PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS.....	281
APÉNDICE No. 5: MUJER EMBARAZADA DE LA COMUNIDAD DE XOXOCOTLA, MORELOS	282
APÉNDICE No. 6: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR, EN LA MUJER EMBARAZADA.....	283
APÉNDICE No. 7: INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA EN MUJERES EMBARAZADAS.....	284
APÉNDICE No. 8: INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA EN MUJERES EMBARAZADAS.....	285

INTRODUCCION

La presente investigación tiene por objeto analizar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo que tienen las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla, del Municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos, para realizar una intervención educativa de Enfermería, con el Modelo de Nola Pender.

Para realizar esta investigación se ha desarrollado la misma en ocho capítulos que a continuación se describen: En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de investigación que incluyen los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la investigación y objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se presenta el Marco teórico sobre el nivel de conocimientos que los factores de riesgo Biopsicosociales tienen las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla. Es decir, en el Marco teórico se van a consignar todos los fundamentos teóricos-metodológicos según los autores más connotados que tienen que ver con los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada que incluye las Hipótesis general, de trabajo y nula, la variable: Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo con sus indicadores, la definición operacional de la variable

y el modelo de relación de influencia de esta variable. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de investigación incluyendo los aspectos éticos de la misma y los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Además, se ubica en este capítulo las técnicas e instrumentos de investigación utilizados entre los que están: fichas de trabajo, observación, entrevista y cuestionarios.

En el cuarto capítulo se da a conocer la Instrumentación estadística que incluye el universo, la población y la muestra, el procesamiento de los datos y la comprobación o disprobación de las hipótesis.

En el capítulo quinto, se presenta la Propuesta Fundamental de la intervención educativa de Enfermería con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. En este capítulo se analiza que es la intervención educativa, la educación para la salud, la promoción de la salud, y los modelos conocidos de esta promoción de la salud. Parte importante del capítulo lo constituye el Modelo de Nola Pender, sus implicaciones, y los aspectos clave del modelo para realizar la intervención educativa en el área Biológica, Psicológica y Sociocultural de las mujeres embarazadas.

Finaliza la presenta investigación con los capítulos de Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas, que están ubicados en los capítulos: sexto, séptimo, octavo y noveno respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta investigación se pueda lograr conocer el nivel de conocimientos que tienen sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla y con ello, poder establecer intervenciones de enfermería que puedan mejorar los embarazos de las mujeres y de igual forma, disminuir los factores de riesgo de dichos embarazos.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Centro de Salud de Xoxocotla del Municipio de Puente de Ixtla en el Estado de Morelos, es una organización de salud de primer nivel de atención que fue inaugurado en 1963 y que alberga 21,255 habitantes.¹ (Ver Apéndice No. 2: Fachada del Centro de Salud de Xoxocotla, Municipio de Puente de Ixtla en el Edo. de México). Este Centro de Salud al brindar una cobertura tan amplia tuvo que ser remodelado en 1996 por lo que cuenta actualmente con 5 núcleos de Consulta Externa que trabajan de lunes a viernes las 24 horas con turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada. La consulta externa se da primordialmente en el turno matutino y vespertino aunque se atienden urgencias en el turno nocturno. Destaca en la atención los servicios los de Dental, Citologías, Vacunación, encamados y curaciones.

Para la atención que se brinda en el Centro de Salud se cuenta actualmente con 10 profesionales de enfermería del turno matutino y 9 de trabajo de campo. El personal que trabaja con los pacientes realiza labores principalmente sobre aspectos preventivos de Saneamiento Básico, de control de casos de diarreas, prevención y tratamientos de casos de cólera, tratamientos antiparasitarios a las

¹ Servicios de Salud de Morelos. *Pirámide poblacional 2012 de la Jurisdicción Sanitaria No. II*. Oficina de información, evaluación y estadística. Manual de servicios de salud. México, 2012. p. 10.

familias, identificación de infecciones respiratorias, tuberculosis pulmonar, dengue, hipertensión arterial, diabetes, inmunizaciones y vigilancia de la nutrición y crecimiento de los niños.² (Ver Apéndice No. 3: Personal de Enfermería en Actividades Comunitarias).

Otras actividades que realiza el personal de enfermería de manera prioritaria son aquellas relacionadas con la planificación familiar, la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, atención prenatal del parto y el puerperio, prevención de accidentes y prevención y control de casos de picaduras de alacrán. (Ver Apéndice No. 4: Personal de Enfermería en detección de hipertensión arterial en mujeres embarazadas).

Con más de 10 años de experiencia en la atención preventiva de la población del Centro de Salud de Xoxocotla, se ha podido observar que muchos de sus integrantes del sexo femenino, son mujeres con embarazos que requieren de una atención prenatal y que en algunas de ellas se encuentran con factores de riesgo que puede llevar a la paciente a la muerte materna dadas las características de marginación y pobreza de la población. Esto significa que algunas mujeres embarazadas tienen conocimiento de los servicios que ofrece el centro de salud y acuden buscando atención prenatal al menor índice de riesgo. En cambio, otras no lo hacen lo que permite el incremento de los factores de riesgo poniendo en peligro tanto el producto, como la vida de la madre. (Ver Apéndice No. 5: Mujer embarazada de la Comunidad de Xoxocotla, Morelos).

² Ibid p. 11.

Dadas las condiciones de la población, el nivel de escolaridad de la comunidad tiene un índice de analfabetismo alto por lo que una de cada cinco personas no sabe leer ni escribir, con condiciones de vivienda de techos de lámina, paredes de carrizo y adobe, pisos de tierra y con deficientes hábitos higiénicos ya que la población no acostumbra el baño diario tienen también carencias en la alimentación, por lo que el estado nutricional de la comunidad es de franca desnutrición. A pesar de estas condiciones, la comunidad de Xoxocotla es económicamente activa obligando desde los 10 años o menos de edad, al trabajo en el campo para poder subsistir. Desde luego, ante estas circunstancias los profesionales de enfermería que trabajan en el Centro de Salud tienen verdaderos retos para dar a conocer a la población usuaria especialmente las mujeres embarazadas los conocimientos básicos indispensables sobre los factores de riesgo del embarazo para evitar en lo posible, las muertes de los productos y de las embarazadas.

Por lo anterior, se considera necesario investigar cual es el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazos en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla, a fin de proponer recomendaciones que permitan la atención prenatal y el cuidado en el embarazo de estas mujeres.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación es la siguiente:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla, del municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar, se justifica porque en el Estado de Morelos en los últimos años ha habido un total de 25 muertes al año y específicamente en la Jurisdicción Sanitaria de donde depende el Centro de Salud de Xoxocotla de 5 años a la fecha ha habido 14 casos de muerte materna, lo que da idea que actualmente es un problema social que se relaciona con la pobreza y la marginación y que también da idea de las deficiencias y el difícil acceso a los servicios de atención a la población. Además, específicamente en el Centro de Salud también se visualiza un claro desconocimiento de las condiciones biopsicosociales en las mujeres.

En segundo lugar se justifica porque el Licenciado en Enfermería y Obstetricia al identificar los factores de riesgo de la población puede con sus conocimientos y experiencia, promover intervenciones educativas de enfermería que permitan mejorar los conocimientos de las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo Biopsicosociales para promover el autoconocimiento y la autogestión de la embarazada hacia la búsqueda de intervenciones que permitan

vigilar mejor el embarazo, evitar complicaciones o alteraciones que pongan en peligro su vida. (Ver Apéndice No. 6: Intervenciones de Enfermería en el hogar en la mujer embarazada en el hogar).

Se llevo a cabo una revisión de estudios publicados sobre educación prenatal en las Bases de datos de CINAHL, y BIDIUNAM los resultados fueron tres estudios.

En el primero Kelsey Hegarty, Et al 2007, estudiaron la evaluación de riesgos psicosociales, en el embarazo, las habilidades de comunicación, enfermera-paciente, con un programa de educación para la salud profesional, mejoro la atención y las habilidades de escucha para revelar los problemas psicosociales. Este consistió en la capacitación de parteras y médicos, también eligió un grupo de mujeres embarazadas para participar en una intervención educativa que les ayudo a mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas para hablar sobre los problemas psicosociales.³

El siguiente estudio de Nolan, 2009 en el Reino Unido, tuvo como objetivo dar información y educación en el Embarazo, el aprendizaje de parto, el nacimiento y la crianza temprana. Los resultados confirman la preferencia de las mujeres por un pequeño grupo de ambiente de aprendizaje en el que puedan hablar unos con otros, así

³ Kelsey Hegarty, Et al. 2007. *Women's Views and outcomes of an Educational Intervention Designed to Enhance psychosocial support for Women During Pregnancy*. BIRTH 34-2 June 2007

como el educador y se puede relacionar la información con sus circunstancias individuales.

En conclusión, las Clases prenatales representan una oportunidad ideal para ayudar a las mujeres a aprender cómo comunicarse efectivamente con el personal del hospital. De este modo, las mujeres pueden tomar sus propias decisiones y no sólo conforme a las políticas del hospital, protocolos y preferencias profesionales. Dar información de una manera que permite a las mujeres elegir por sí mismos requiere que los educadores y las matronas tengan habilidades de reflexión para comprender que las necesidades de las mujeres son diferentes de las del sistema de atención de maternidad y mostrar coraje en la educación de las mujeres para desafiar a un sistema del que ellos mismos forman parte.⁴

El tercer estudio de Hemantha Senanayake, 2011 menciona: Sri Lanka tiene una política de libre prestación de suplementos de hierro a las mujeres embarazadas. Sin embargo, la anemia por deficiencia de hierro sigue siendo común en el embarazo.

Se prueba la hipótesis de que la educación de las mujeres en cuanto a la mejora de la biodisponibilidad podría mejorar la eficacia de los suplementos de hierro. La formación se centró en cómo los mejores

⁴ Nolan, M. L. Et al. 2009. *Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies*. The Journal of perinatal Education. 18 (4) 21 – 30,

suplementos se pueden tomar y de cómo deben ser almacenados. Se realizó un estudio con un diseño cuasi-experimental con un grupo de mujeres que acuden a la atención prenatal en una Unidad cercana a la Universidad obstétrica en Sri Lanka.

El grupo control tuvo cuidado de forma gratuita incluyendo suplementos de hierro y la terapia antihelmíntica. Además, el grupo de estudio recibió una educación en pequeños grupos con respecto a la biodisponibilidad maximización de hierro. La hemoglobina y de hierro en las mujeres fueron comparados entre los grupos alrededor de la semana 34 de gestación.

Los resultados: Los dos grupos fueron igualados en los datos demográficos y el estado de la hemoglobina y de hierro. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos a 34 semanas en los niveles de hemoglobina, niveles de ferritina sérica, las tasas de anemia y el número con baja ferritina ($P < 0,0001$ para todos los parámetros), con un resultado favorable en el grupo de estudio. El grupo de estudio había usado las pastillas de hierro de manera que mejoraron su biodisponibilidad.

En conclusión: una educación para la salud ha mejorado la eficacia de la suplementación con hierro en esta población. Tales intervenciones deberían ser una parte integral de los programas de

suplementación de hierro, especialmente en las poblaciones cuyos hábitos tienden a reducir la biodisponibilidad de hierro.⁵

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente investigación se ubica en Obstetricia y Enfermería Materno Infantil.

Se ubica en Obstetricia porque el factor de riesgo del embarazo es un término que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño como enfermedad, accidente, muerte en la madre y en el producto, desde el inicio del embarazo hasta su término. Esto significa que existen un conjunto de condiciones biológicas, psicológicas y socioculturales que pueden incidir negativamente en la madre y el producto, generando daños que pueden llegar hasta la muerte de ambos.

Se ubica en Enfermería Materno Infantil porque los profesionales de enfermería dedicados a la actividad materno infantil son los que contribuyen decididamente en la mujer embarazada para educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud, proveer el cuidado, aplicar los procedimientos y evaluar los resultados teniendo

⁵ Hemantha Senanayake 2011. *Simple educational intervention will improve the efficacy of routine antenatal iron supplementation.* **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. Volume 36, Issue 3, pages 646–650, June 2010**

como objetivo principal la salud de la madre y el hijo. De esta manera, se incluyen en las intervenciones el control y la vigilancia del embarazo a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del embarazo, así como referir los casos de embarazo de alto riesgo a una atención médica específica, especializada y eficaz. (Ver Apéndice No. 7 y 8: Intervenciones educativas de Enfermería en mujeres embarazadas).

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla, del municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

1.5.2 Específicos

- Identificar los factores de riesgo Biopsicosociales que están presentes en los embarazos de las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla.
- Proponer una intervención educativa de enfermería con el Modelo de Nola Pender para aumentar el conocimiento que tienen las

embarazadas sobre los factores de riesgo, así como también disminuir los riesgos que afecten el binomio madre e hijo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES DEL EMBARAZO

2.1.1 Conceptos básicos

- De conocimiento

Según Mario Bunge, el conocimiento es el producto de la investigación científica. De hecho, la investigación científica arranca con la percepción de que el acervo de conocimiento disponible es insuficiente para manejar determinados problemas. No empieza con un borrón y cuenta nueva, porque la investigación se ocupa de problemas, y no es posible formular una pregunta –por no hablar ya de darle respuesta– fuera de algún cuerpo de conocimiento: sólo quienes ven pueden darse cuenta de que falta algo.⁶

- Ordinario

Parte del conocimiento previo de que arranca toda investigación es conocimiento ordinario, esto es, conocimiento no especializado, y parte de él es conocimiento científico, o sea, se ha obtenido

⁶ Mario Bunge. *La investigación científica*. Ed. Ariel. México, 1979. p. 20.

mediante el método de la ciencia y puede volver a someterse a prueba, enriquecerse y llegado el caso, superarse mediante el mismo método. A medida que progresa, la investigación corrige o hasta rechaza porciones del acervo del conocimiento ordinario. Así se enriquece este último con los resultados de la ciencia: ya que parte del sentido común de hoy día, es resultado de la investigación científica de ayer.⁷ La ciencia, en resolución, crece a partir del conocimiento común y le rebasa con su crecimiento: de hecho, la investigación científica empieza en el lugar mismo en que la experiencia y el conocimiento ordinarios dejan de resolver problemas o hasta de plantearlos.

- Científico

Los enunciados científicos, igual que los de la experiencia común, son opiniones, ilustradas (fundadas y contrastables) en vez de dictar arbitrarios o charlas insusceptibles de contrastación o prueba. Lo único que puede probarse hasta quedar más allá de toda duda razonable son o bien teoremas de la lógica y la matemática, o bien enunciados fácticos triviales (particulares de observación) como “este volumen es pesado”.⁸ En principio, pues, el objeto o tema no es lo que distingue a la ciencia de la no-ciencia, aunque algunos problemas determinados –por ejemplo, el de la estructura de la materia– difícilmente puedan formularse fuera de un contexto científico.

⁷ Ibid. p. 21.

⁸ Id.

2.1.2 Los métodos del conocimiento

Según Hugo Padilla, un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Cada clase de problemas requiere un conjunto de métodos o técnicas especiales. Los problemas requieren un conjunto de métodos o técnicas especiales. Los problemas del conocimiento, a diferencia de los del lenguaje o los de la acción, requieren la invención o la aplicación de procedimientos especiales adecuados para el tratamiento de los problemas.⁹

- Tenacidad

Según Charles Pierce la tenacidad es el método del conocimiento en el que los hombres se aferran a la verdad, una verdad que la saben cierta porque la creen firmemente y porque siempre la han tenido por cierta. La frecuente repetición de tales “verdades” parece confirmar su validez. Para Denise F. Polit., este método se conoce como el de la “tradición” y costumbre, ya que este conocimiento es transmitido de generación en generación y con frecuencia es una parte tan integrante de la herencia que pocos exigen comprobación.¹⁰

⁹ Hugo Padilla. En Lasty Balseiro. *Investigación en Enfermería: Guía de elaboración de tesis, procesos de atención de Enfermería y trabajos académicos para titulación*. Ed. Prado. México, 1991. p. 17.

¹⁰ Id.

- Autoridad

El método de la autoridad es una creencia establecida. Este método es superior al de la tenacidad porque según Charles Pierce, si una idea está respaldada por el peso de la tradición y la sanción pública, es cierta. Ej: Si la Biblia lo dice, así debe ser. En Enfermería con frecuencia se recurre a fuentes especializadas de autoridad para obtener respuestas a las preguntas.¹¹

- Intuición o tanteo

La intuición o tanteo es otra forma de conocer o fijar una creencia. Basa su superioridad en el supuesto de que las proposiciones aceptadas por el conocimiento son evidentes porque concuerdan con la razón y no necesariamente con la experiencia. Este método guarda relación con el “melate”, en el que se ensayan diversas opciones hasta descubrir una válida. Desde luego, este método es falible e ineficaz, el conocimiento adquirido es de la vida diaria y por tanto, no se escribe, lo que resulta inaccesible a otras personas. En el campo de Enfermería este método se aplica cuando una Enfermera al observar a un paciente pálido, infiere o intuye una serie de problemas de salud agregados hipotensión, etc., pero que requiere validar su inferencia para que sea verdad.

¹¹ Id.

- De la ciencia

En el método de la ciencia el enfoque científico tiene una característica que no posee ningún otro: se corrige así mismo. En este método nuestras creencias se funden, no en cosas humanas, sino en cierta permanencia externa. La hipótesis fundamental de éste método es: hay cosas reales cuyos caracteres son absolutamente independientes de nuestras opiniones. Este es el método más avanzado para adquirir conocimientos que haya logrado el hombre.¹²

Un aspecto importante que diferencia el enfoque científico de otros métodos, es la capacidad para la autovaloración. Esto es, la investigación científica utiliza la contrastación con la realidad, disminuyendo la posibilidad de que las emociones o prejuicios del investigador afecten las conclusiones.

2.1.3 Factor de riesgo en el embarazo

- Concepto

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, feto y/o neonato) o grupo de personas que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. La identificación de los factores de riesgo se apoya en estudios

¹² Ibid p. 19.

previos sobre la mortalidad perinatal y en experiencia previas de los autores.¹³

- El riesgo reproductivo y obstétrico

Según el Centro de Información para Decisiones en Salud (CENDIS) el riesgo reproductivo es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor.¹⁴ De igual forma, el riesgo obstétrico se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.¹⁵

- Factores de riesgo en el embarazo de adolescentes

- Estructurales

¹³ Javier Cerrolaza Asenjo y Cols. *Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo*. Instituto de la Seguridad Social. Documento impreso. Madrid, 2011. p. 20. En Internet: <http://www.navarra.es/Nr/rdm/yros/D91FE499-4898-HEDD-AA09-213A8AT122FA/151842/SE60Embarazo.pdf> Consultado el día 27 de mayo del 2011.

¹⁴ Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud. *Atención del embarazo con enfoque de riesgo*. En la Revista Práctica Médica Efectiva. Vol. 2. No. 9. Septiembre. México, 2000.

¹⁵ Id.

Los factores estructurales implican la situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento que contribuye a la mayor vulnerabilidad de las poblaciones afectadas y presiona formas de relación de los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción.¹⁶ También tiene que ver con la situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y el empleo: las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza. Además, las situaciones y grupos de riesgo son: mujeres y hombres en prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual. También se han reportado que los adolescentes de sexo masculino con historias de abuso físico y/o sexual durante su infancia, tuvieron con más frecuencia, que los que no sufrieron de estos abusos, compañeras a quienes embarazaron siendo adolescentes.¹⁷

- Individuales

Entre los factores individuales se encuentran las creencias y práctica asociadas a la maternidad y a la paternidad, a la feminidad y masculinidad como asuntos centrales de los proyectos de vida de los

¹⁶ Ma. De los Ángeles Rodríguez Vázquez. *Factores de riesgo para embarazo adolescente*. En la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. No. 27. Vol. 1. Enero-Junio. México, 2008. p. 52.

¹⁷ Ibid p. 53.

adolescentes y únicos destinos de realización personal. También la búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad.¹⁸

Por otra parte, también es un factor de riesgo la autoestima ya que se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima está asociada a problemas de tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste.¹⁹ Además, el afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, vinculados al reconocimiento por parte del otro y de los grupos de amigos.

- Institucionales

Entre los factores de riesgo institucionales se encuentran la marginalidad femenina y masculina de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales. Además del déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos.²⁰ Así, cuando los servicios se

¹⁸ Id.

¹⁹ Id.

²⁰ Ibid p. 54.

prestan, en ocasiones son rechazados por los adolescentes por motivos de actitudes de juzgamiento y falta de apoyo del personal de salud, denotando falta de preparación para la prestación del servicio.

- Evaluación del riesgo maternal y perinatal

Con el objeto de evaluar el riesgo maternal y perinatal, se deben identificar precozmente los factores o marcadores de riesgo de la embarazada para hacer la valoración de la misma y así dar la asistencia adecuada y minimizar un resultado problemático. Así, la estación de riesgo es aquella en la que la probabilidad de enfermar o morir de la madre o del feto recién nacido está aumentadas (antes, durante y después del parto). La clasificación de factores de riesgo es muy diferente de unas comunidades autónomas a otras y se agrupan según el riesgo sea bajo: medio o alto.²¹ (Ver Anexo No. 1: Evaluación del riesgo maternal y perinatal.

2.1.4 Enfoque de riesgo en el embarazo

El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anormalidad en el ciclo gestacional. Así, el riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de

²¹ Francisco Javier Ruiz Peregrina y Carmen Alvarez Nieto. *Evaluación del riesgo maternal y perinatal*. Apuntes y notas de Enfermería Materno Infantil. Madrid, 2008. p. 53. En Internet: <http://ww4.rjaen.es/~mlinares/apuntes.pdf> Consultado el día 5 de febrero del 2012.

presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones y como herramienta para la asistencia sanitaria considera como punto de partida que: las mujeres con ciertas características enfrentan una probabilidad de muerte materna y/o fetal mayor que otras y la identificación de estas características puede prevenir la muerte y esto permite concentrar la atención y los recursos en aquellas mujeres que más lo necesitan.²²

- Mujeres en riesgo

Para descubrir con cierta precisión a la población susceptible, se han informado algunos rasgos clínicos de la mujer embarazada y una gran variedad de pruebas, (Ver Anexo No. 2: Pruebas para identificar la mujer en riesgo). Los resultados de las pruebas han mostrado grandes diferencias en sus niveles de especificidad y en su valor predictivo, con la agravante de que la mayor parte resultan técnicas cruentas (invasivas), relativamente complejas que requieren personal y equipo especializados, por lo que son de utilidad restringida y difícilmente aplicables a grandes núcleos de población.²³

²² Secretaría de Salud. *Modelos de atención de enfermería obstétrica*. Subsecretaría de innovación y calidad. Ed. Secretaria de Salud. México, 2005. p. 11.

²³ Mario López Llera. *Preeclampsia – eclampsia. Generalidades sobre diagnóstico y tratamiento*. En Fiorelli-Alfaro. *Complicaciones médicas en el embarazo*. Ed. McGraw-Hill. México, 1995. p. 71.

- El riesgo obstétrico
 - Embarazo de bajo riesgo

Es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de la consulta sea mensual durante los primeros 6 meses; cada 15 días en el séptimo y octavo mes y cada siete días durante el noveno. La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 40.²⁴

A todas las embarazadas se les debe realizar en cada consulta, la medición de la tensión arterial y del fondo uterino, así como control de peso, aplicar toxoide tetánico, iniciando la primera dosis desde el primer contacto con los servicios de salud y la segunda dosis entre las 4 y 8 semanas siguientes de haberse iniciado el esquema. También se debe prescribir hierro y ácido fólico de forma profiláctica.²⁵

La prescripción de otros medicamentos solo será bajo indicación médica preferentemente después de la semana 14, y se deben solicitar los siguientes exámenes: biometría hemática, grupo y Rh, examen general de orina, glucemia basal y VDRL. Alrededor de las semanas 18 a 20 y 32 a 34 deberá repetirse la glucemia en la

²⁴ Secretaria de Salud. op. cit. p. 3.

²⁵ Id.

semana 32 para confirmar su normalidad, realizar “Papanicolaou” (si no se lo ha practicado en los tres últimos años) y realizar detección de VIH en casos de pacientes de alto riesgo.²⁶

- Embarazo de alto riesgo

La vigilancia del embarazo de alto riesgo debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico. La frecuencia de la consulta debe ser como está establecido en el embarazo normal y ésta se modificará de acuerdo a las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular.²⁷

2.1.5 Factores de riesgo biológicos

- Edad, como factor de riesgo

Según Mónica E. Coucein algunos autores señalan como factores de riesgo preconceptionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado, el efecto adverso del bajo nivel socioeconómico, la desnutrición, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, entre otros, actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo (Juarte, 2006). Así, la edad es de suma importancia en

²⁶ Id.

²⁷ Id.

la vida reproductiva de las mujeres. Por ejemplo, las edades extremas así como un acumulado de eventos reproductivos previos, presentan riesgos más elevados que otros, edades entre 20 y 29 años o con un número menor de embarazos y baja paridez (Herrera León, 2007).²⁸

- Actividad sexual prenatal

El hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años.²⁹ Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo: bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción

²⁸ Mónica E. Coucein. *Variables biológicas y sociales de embarazadas y peso al nacer de sus hijos, controlados por el 1er. Nivel de atención en alta, Argentina*. En la Revista Antropología, No. 19. Buenos Aires, 2009. p. 8.

²⁹ Secretaría de Salud. *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. Dirección General de Salud Reproductiva. Documento impreso. México, 2002. p. 34.

significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

- Aspectos biológicos y psicológicos

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc. Sin embargo, desconocen a donde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal.³⁰ Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad. (Ver Anexo No. 3: Factores de riesgo obstétrico y complicaciones mayores).

- Condiciones psicosociales

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante (Monroy, 1998) y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas

³⁰ Ibid p. 35.

son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas, enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias.³¹

- Peso menor a 45 kilos, como factor de riesgo
 - El peso corporal menor

Las mujeres que pesan menos de 45 kilogramos cuando no están embarazadas tienen mayores probabilidades de dar a luz un lactante PEG, por lo cual se les debe incentivar a que aumenten de peso. Por el contrario, la obesidad materna es un factor de riesgo de macrosomía fetal, probablemente como causa directa y porque este fenómeno puede ser resultado de diabetes sacarina.³²

- El peso corporal mayor

Es importante saber que se considera obesidad cuando la paciente refiere un peso mayor de 90 kg. La obesidad mórbida suele definirse como un peso mayor de 115 kg. En estos casos las pacientes

³¹ Ibid p. 33.

³² Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. *Obstetricia I*. Antología. Ed. ENEO. México, 2010. p. 88.

también corren mayor riesgo de trabajo de parto disfuncional y distocia del hombro, según ciertos estudios.³³

a) Obesidad en el embarazo

La obesidad es una enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso, que sobrepasa en un 15% del peso teórico, debido al aumento de las reservas adiposas. La obesidad es el trastorno más frecuente de las sociedades desarrolladas. También se afirma, que la obesidad obedecería a patrones culturales, que se transmitiría de familia en familia, de madres obesas y su prole obesa y así, se repetiría el patrón de sobrepeso y obesidad especialmente en familias pobres. No hay que olvidar que las embarazadas y sus familias tienen su historia como la transmisión de hábitos y actitudes que finalmente tienen impacto sobre la salud de cada uno de ellos.³⁴

La obesidad también se relaciona con alteraciones de la esfera psicológica, fundamentalmente con alteración de los hábitos alimenticios, distorsión de la percepción de la propia imagen corporal, incremento de la ansiedad, angustia y depresión e incluso trastornos de la conducta.

³³ Id.

³⁴ Yessie Vidal Pohl y Margarita Orellana R. *Obesidad en el embarazo: un impacto a resolver en familia*. Diplomado de Salud Pública Familiar. Documento impreso. México, 2011. p.1.

- Talla menor a 1.50 cms. como factor de riesgo
 - Capacidad pélvica

La talla de la madre se relaciona con su capacidad pélvica. Las mujeres que miden menos de 1.50 cm. tienen mayor probabilidad (al menos 50% de los casos) de desproporción fetopélvica. La estatura corta es una indicación para la valoración cuidadosa de la pelvis ósea. Hay datos que señalan el alto porcentaje de nacidos prematuros con estatura menor de 1.50 el riesgo es tanto mayor, cuanto menor sea la falta de la talla de las madres.³⁵

- Estrategia educativa de salud perinatal

El objetivo de la salud perinatal es la salud de la madre y el hijo, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos. De esta manera, se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica, especializada y eficaz.³⁶

³⁵ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Op. cit. p. 88.

³⁶ Z. Colmenares y Cols. *Intervención de Enfermería durante la clínica perinatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada*. En la Revista Enfermería Global No.10. Febrero. Madrid, 2010. p. 2.

- Preeclampsia como factor de riesgo
 - Concepto

Para Denise Gagnon Palmer la preeclampsia es una alteración específica del embarazo en la que se desarrolla hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer que antes estaba con tensión normal. Es un proceso multisistémico de enfermedad vaso espástica caracterizado por hemoconcentración, hipertensión y proteinuria.³⁷ Así, para Mario López Llera, la preeclampsia-eclampsia y síndromes afines son complicaciones de la mujer embarazada que se caracterizan por la aparición de hipertensión, proteinuria, edema repentino generalizado y en los casos más graves, se agregan crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Este cuadro clínico se hace evidente generalmente después de la semana 28 de gestación, pero frente a factores desencadenantes, llega a presentarse desde la semana 20 de amenorrea.³⁸

- Fisiopatología

La preeclampsia, como enfermedad de aparición natural, es propia y característica de la gestión humana. Hasta la actualidad no se cuenta con un modelo animal satisfactorio para estudiarla. Desde el punto de vista clínico, las características fundamentales de la EHAE son

³⁷ Denise Gagnon Palmer. *Trastornos hipertensivos del embarazo*. En Deitra L. Lowdermilk y Cols. *Enfermería materno infantil*. Ed. Harcourt Océano. Barcelona, 2010. p. 728.

³⁸ Mario López Llera. *Op. cit.* 70.

hipertensión persistente, proteinuria y edema generalizado. No es necesario que estén presentes todos los signos mencionados para justificar el diagnóstico. Si también aparecen convulsiones o coma se conoce al cuadro como eclampsia, otros signos clínicos coexistentes pueden ser cefalalgia, hiperreflexia, incremento ponderal repentino y excesivo, epigastralgia o en cuadrante superior derecho, alteraciones visuales, coagulopatía de consumo, oliguria, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de la placenta.³⁹

- Clasificación
 - a) Leve

Se considera que existe Preeclampsia Leve cuando después de las 20 semanas de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos: Presión sistólica de 140 mmHg. O más, elevación de la sistólica 20 mmHg o más de la cifra habitual, presión diastólica de 90 mmHg o más, elevación de la diastólica 15 mmHg o más de las cifras habituales, presión arterial media por arriba de 106 mmHg., proteinuria mayor de 300 mgs en orina de 24 horas, pero menor de 3 gr./litro y Edema persistente de extremidades o cara.⁴⁰ Para darle valor real a la tensión arterial, debe persistir anormal por lo menos durante 6 horas, tiempo en el cual se verifica la TA cada hora para

³⁹ Guadalupe Nava L. y Cols. *Enfermedad hipertensiva asociada con el embarazo*. En Centro Médico la Raza. Medicina en Ginecología, Obstetricia y Perinatología. Ed. IMSS. México, 1994. p. 303.

⁴⁰ Ibid p. 311.

clasificarla correctamente, ya que una sola apreciación de la TA puede ser equivocada.

b) Severa

Se entiende como Preeclampsia Severa O Grave: A) Cuando están presentes dos o más de los siguientes datos: TA sistólica de 160 mmHg. O más, TA diastólica de 110 mmHg. O más tanto una como la otra en forma repetida, Proteinuria mayor de 3 gr/litro en orina de 24 horas, Edema acentuado, B) Cuando está presente uno de los siguientes datos: TA sistólica de 180 mmHg. O más en forma repetida, Proteinuria de 5 gr/lt. ó más, Edema generalizado, Con una sola de las manifestaciones del inciso A asociado a síntomas cerebrales visuales, gastrointestinales o renales.⁴¹

En este grupo de pacientes, es conveniente destacar aquellos casos de mayor gravedad, que pueden quedar incluidos bajo la denominación de Inminencia de Eclampsia. (Ver Anexo No. 4: Diferenciación entre Preeclampsia leve y severa).

- Gestión del Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Las acciones de enfermería se derivan del tratamiento médico, las instrucciones del proveedor de salud y los diagnósticos de

⁴¹ Id.

enfermería. La terapia más efectiva es la prevención. Los componentes esenciales en la optimización de los resultados maternos y fetales son el cuidado prenatal precoz, la identificación de las mujeres embarazadas en riesgo de preeclampsia y el reconocimiento y la notificación de los signos físicos de alerta. No puede subestimarse la importancia de las habilidades de la enfermera para valorar en la paciente los factores y síntomas de la preeclampsia.⁴²

Las enfermeras pueden hacer mucho en su papel de defensoras; deben tomar medidas para mejorar la educación pública y el acceso a la atención prenatal. La asesoría, la derivación a los recursos de la comunidad, la movilización de los sistemas de apoyo, la asesoría de nutrición y la información sobre las adaptaciones normales al embarazo, son componentes preventivos esenciales del cuidado. El papel de la Enfermera como educadora es importante en lo que se refiere a informar a la mujer sobre su situación y las responsabilidades en el tratamiento de la preeclampsia, ya sea en el domicilio o en el hospital.⁴³

El apoyo emocional y el psicológico son esenciales para ayudar a la mujer y a la familia en este trance. Su percepción del proceso de enfermedad, las razones del mismo y los cuidados recibidos afectarán su tolerancia y su participación en la terapia. La familia tendrá que poner en uso mecanismos de afrontamiento y sistemas de apoyo para

⁴² Denise Gagnon Palmer. Op. cit. p. 738.

⁴³ Id.

ayudarse durante la crisis. Debe tener preferencia un plan de atención específicamente diseñado para la mujer con preeclampsia que los cuidados de enfermería que toda mujer necesita durante la dilatación y el parto.⁴⁴

- Desnutrición, como factor de riesgo
 - Nutrición y embarazo

Para Mary Courtney Moore la nutrición es uno de los muchos factores que tienen influencia sobre el resultado del embarazo (Ver Anexo No. 5: Red de influencias que pueden afectar el resultado del embarazo). La pobreza, un ambiente de privaciones, una educación limitada, unos hábitos alimenticios estrafalarios o poco sanos y las enfermedades crónicas pueden tener un efecto adverso sobre la salud nutricional de la mujer embarazada. En la actualidad 21 naciones industrializadas notifican tasas de mortalidad infantil inferiores a las de los Estados Unidos (Wegman, 1994), y al menos el 20% de las muertes infantiles están relacionadas con el bajo peso al nacer (BPN), que se define como un peso al nacimiento inferior a 2.500 kg. (5.5 lb), con los nacimientos pretermino o con ambas.⁴⁵ Muchos factores contribuyen a la aparición del BPN o al nacimiento pretermino, pero se cree que una buena nutrición materna antes y durante la gestación, es una de las más importantes medidas preventivas. Como resultado, es esencial que se resalte la

⁴⁴ Id.

⁴⁵ Mary Courtney Moore. *Nutrición materna y fetal*. En Deitra L. Lowdermilk y Cols. *Enfermería Materno Infantil*. Ed. Harcourt Océano. Barcelona, 2010. p. 164.

importancia de una buena nutrición a todas las mujeres con potencial reproductor.

- Desnutrición en el embarazo

Para Alberto Pasquetti Cecatelli una adecuada nutrición previa al embarazo y durante él son importantes para prevenir deficiencias graves y bajo peso al nacer. Se sabe desde hace varios años, que la desnutrición afecta directamente la unidad maternoplacentofetal y pone en peligro el desarrollo y crecimiento del recién nacido.⁴⁶ Así, debe hacerse hincapié en los perfiles antropométricos y algunos bioquímicos y funcionales para llevar a cabo una adecuada evaluación nutricional, principalmente en aquella embarazada que pudiera requerir un apoyo alimentario más sofisticado como las nutriciones parentera total y enteral, por encontrarse en un estado más delicado de salud o en una unidad de cuidados intensivos.

- Necesidad de nutrientes

Las mujeres embarazadas necesitan más de algunos nutrientes que otras mujeres. Estas necesidades están determinadas, en parte por lo menos, por la etapa del embarazo en que la dimensión del crecimiento fetal varía durante las diferentes etapas de la gestación. Durante el primer trimestre, la síntesis de tejidos fetales impone

⁴⁶ Alberto Pasquetti Cecatelli. *Evaluación nutricional en el embarazo*. En Fiorelli-Alfaro. *Complicaciones médicas en el embarazo*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. México, 1996. p. 15.

demandas más o menos bajas a la nutrición materna. Por consiguiente, durante el primer trimestre, cuando el embrión-feto es pequeño, las necesidades son sólo un poco mayores que las existentes antes del embarazo. En contraste, el último trimestre es un periodo de notable crecimiento fetal cuando se presenta la mayor parte de acopio de fuentes de energía y minerales en el feto. Por tanto, a medida que el crecimiento fetal progresa durante el segundo y el tercer trimestres, las necesidades que tiene la mujer embarazada de algunos nutrientes, se incrementan en gran medida.⁴⁷

- Ganancia de peso

La ganancia de peso debe tener lugar durante todo el embarazo. Se ha encontrado que el riesgo de dar a luz un bebé PEG es mayor cuando la ganancia de peso al comienzo del embarazo ha sido pobre. Se ha observado que la posibilidad de un parto prematuro es mayor cuando la ganancia durante la última mitad del embarazo ha sido inadecuada. Se ha encontrado que existen estos riesgos incluso, cuando la ganancia total del embarazo ha estado dentro del margen recomendado.⁴⁸

La tasa óptima de ganancia de peso depende de la edad del embarazo. Durante el primer y el segundo trimestres tiene lugar en principio el crecimiento de los tejidos maternos; durante el tercero, principalmente de los tejidos fetales. Durante el primer trimestre el

⁴⁷ Mary Courtney Moore. Op. cit. p. 164.

⁴⁸ Mary Courtney Moore. Op. cit. p. 166.

promedio de aumento de peso en total es de sólo uno a 2.5 kg (2 a 5 lb). De allí en adelante, la ganancia recomendada de peso aumenta hasta alrededor de 0.4 kg. (0.8 lb) por semana para una mujer de peso normal. La ganancia semanal recomendada para las mujeres con sobrepeso durante el segundo y el tercer trimestre es de 0.3 kg. (0.66 lb). Y es de 0.5 kg. (1.1 lb.), para las mujeres que presentan peso bajo. El aporte calórico recomendado corresponde a este patrón de aumento de peso.⁴⁹ (Ver Anexo No. 6: Recomendaciones nutricionales sobre el embarazo y la lactancia).

- Intervención de Enfermería en la restricción de la ganancia de peso

Las mujeres sufren de una obsesión por la delgadez y las dietas. Las mujeres delgadas, conscientes de figura, pueden encontrar difícil hacer la transición desde cuidarse de ganar peso antes del embarazo hasta valorar la ganancia durante el mismo. Cuando asesora a estas mujeres, la Enfermera debe insistir en los efectos adversos de la desnutrición materna (manifestada por la baja ganancia de peso) sobre el crecimiento y desarrollo del bebé.

Esta asesoría incluye información sobre los componentes de la ganancia de peso durante el embarazo y la cantidad de este peso que se perderá después del parto. En la etapa inicial del embarazo, hay que explicarle las formas de perder peso en el postparto ayuda a

⁴⁹ Id.

aliviar sus preocupaciones (debido a que lactancia puede ayudar a reducir de forma gradual las reservas maternas de energía, esto también brinda la oportunidad de promover la alimentación al pecho.⁵⁰

Incluso las mujeres embarazadas obesas (IMC de 26 a 29) o las que presentan obesidad morbosa (IMC mayor de 29) deben ganar al menos peso suficiente para igualar el peso de los productos de la concepción (feto, placenta y líquido amniótico). Si ellas limitan su aporte calórico para prevenir la ganancia de peso, pueden también limitar en exceso, su consumo de nutrientes importantes. Además, las restricciones en la dieta tienen como resultado el catabolismo de las reservas de grasas, lo que, a su vez, aumenta la producción de cetonas. Los efectos a largo plazo de una cetonemia leve durante el embarazo se desconocen, pero se ha encontrado que la cetonuria se correlaciona con la aparición de la dilatación prematura.⁵¹ Debe resaltarse esto, a las mujeres obesas, y a todas las demás en lo que a esto concierne, que la calidad de la ganancia de peso es importante, y poner de relieve el consumo de alimentos ricos en nutrientes y en evitar las comidas vacías de calorías.

- Aborto, como factor de riesgo
 - Concepto

Para Félix A. Ramírez el aborto se define como la interrupción provocada o espontánea del embarazo antes de su viabilidad

⁵⁰ Mary Courtney Moore. Op. cit. p. 170.

⁵¹ Id.

extrauterina. Este cuadro se presenta antes de la vigésima semana de gestación teniendo el producto, un peso inferior a los 500 g. Hay que señalar que aproximadamente, 10% de los embarazos terminan en aborto.⁵² De igual forma, para Enrique Guevara Ríos, el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un producto menor de 22 semanas. Puede ser espontáneo o inducido en condiciones seguras o inseguras. Ocurren en aproximadamente el 15 a 20 % de los embarazos.⁵³ (Ver Anexo No. 7: Valoración del aborto).

- Tipos de aborto

Existen tres tipos de aborto: aborto espontáneo, cuyo origen son causas naturales; terapéutico, que es una interrupción deliberada de un embarazo preciable por razones médicas, y electivo que consiste en la interrupción intencional de un embarazo pre viable por razones personales. Esta discusión incluye sólo los abortos espontáneos.⁵⁴ Los tipos de aborto espontáneo incluyen amenaza de aborto, aborto inevitable, incompleto, completo y retenido. Los abortos (tanto precoces como tardíos) pueden volver a producirse; todos, excepto la

⁵² Felix A. Ramirez. *Obstetricia para la enfermera profesional*. Ed. Manual Moderno. México, 2002. p. 193.

⁵³ Enrique Guevara Ríos. *Hemorragias en la primera mitad del embarazo*. En la Revista de Ginecología y Obstetricia. No. 56. Vol. 1. Lima, 2010. p. 10.

⁵⁴ Judith H. Poole. *Trastornos hemorrágicos maternos*. En Dietra Leonard Lowdermilk y Cols. *Enfermería Materno infantil*. Ed. Harcourt. Océano. Barcelona, 2010. . 795.

amenaza de aborto, pueden desencadenar infección. (Ver Anexo No. 8: Tipos de aborto).

- Incidencia y etiología

La frecuencia de abortos espontáneos es difícil de determinar pero puede ser hasta del 20% (Dorfman, 1991). Un aborto espontáneo precoz se produce antes de las doce semanas de gestación. Un aborto espontáneo tardío, entre las doce y las veinte semanas de gestación. Más de la mitad de los abortos espontáneos tienen su origen en anomalías del desarrollo embrionario, defectos cromosómicos y trastornos heredados (McBride, 1991, Simpson, 1990). Más del 80% de los abortos espontáneos son precoces y tienen lugar en las primeras doce semanas de gestación (Harlap, Shiono, 1980).⁵⁵

Las posibles causas los abortos precoces, incluyen desequilibrios endocrinos (como en una mujer que tiene defectos de la fase lútea o diabetes mellitus insulino dependiente con niveles altos de glucemia en el primer trimestre), factores inmunológicos (como los anticuerpos antifosfolípido), infecciones (como la bacteriuria y la Chlamydia trachomatis), trastornos sistémicos (como el lupus eritematoso), factores genéticos (cerca del 60% de los abortos precoces tienen una carga cromosómica anormal) y uso de cocaína (Arias, 1993;

⁵⁵ Id.

Cunningham et. al. 1993; Gilbert, Harmon, 1993; Mills et. al. 1988; Rosenaklos, 1990).⁵⁶

Los abortos espontáneos tardíos por lo general se deben a causas como edad materna avanzada, paridad múltiple, infecciones crónicas, incompetencia cervical y otras anomalías del tracto reproductor, enfermedades crónicas debilitantes, desnutrición y uso de drogas recreativas (Cunningham et. al. 1993).⁵⁷ Poco puede hacerse para evitar las pérdidas de los embarazos que obedecen a causas genéticas, pero la corrección de los trastornos maternos, la inmunización contra enfermedades infecciosas, los cuidados prenatales adecuados y el tratamiento de las complicaciones del embarazo, pueden hacer mucho para prevenir el aborto espontáneo.

- Causas del aborto
 - a) Orgánicas

Las causas orgánicas pueden ser enfermedades generales, como la sífilis, la toxoplasmosis, la rubéola, por micoplasma, la desnutrición y las deficiencias de ácido fólico, y causas locales como las malformaciones uterinas, la hipoplasia del útero, la incompetencia ístmico cervical.⁵⁸

⁵⁶ Id.

⁵⁷ Id.

⁵⁸ Félix A. Ramírez. Op. cit. p. 193.

b) Funcionales

Las causas funcionales son las endocrinopatías, la involución precoz del cuerpo amarillo gravídico o la insuficiencia del propio cuerpo amarillo para producir progesterona, lo que hará difícil la implantación del trofoblasto.⁵⁹

c) Psicodinámicas

Las causas psicodinámicas son los traumatismos emocionales que pueden producir influjos hormonales, humorales y nerviosos, que modifican la regulación hormonal, el metabolismo y el tono circulatorio de los órganos genitales, conduciendo el aborto.⁶⁰

d) Ovulares

Las causas ovulares se refieren a huevos genéticamente anormales, incapaces de sobrevivir, con defectos del desarrollo embrionario por alteraciones cromosómicas. Todos ellos constituyen 50% de los abortos espontáneos.⁶¹

⁵⁹ Id.

⁶⁰ Id.

⁶¹ Félix A. Ramírez. op. cit. p. 194.

e) Tóxicas y traumáticas

Las causas tóxicas son las intoxicaciones por diferentes tipos y sustancias. Por ejemplo: el tabaquismo, el alcoholismo, la marihuana, la cocaína, etc. Las causas traumáticas son los traumatismos directos o indirectos sobre el abdomen.⁶²

- Plan de cuidados de enfermería

El plan de cuidados se acuerda entre la paciente y la Enfermera sobre la base de la valoración biofísica y psicosocial de la paciente. El plan debe relacionarse de manera específica con los diagnósticos clínicos y de enfermería de la paciente y debe formularse en términos de comportamientos mensurables de ésta. Los resultados esperados mutuamente determinados incluyen que la mujer: Discuta el impacto de la pérdida sobre ella y su familia, identifique y use los sistemas de apoyo disponibles, no presente signos ni síntomas de complicaciones (como hemorragia o infección), identifique las medidas de promoción de la salud que disminuyan el riesgo de aborto espontáneo y manifieste su comprensión de las razones de los seguimientos diagnósticos y genéticos si es necesario y refiera alivio del dolor.⁶³

⁶² Id.

⁶³ Judith H. Poole. Op. cit. p. 798.

- Periodo intergenésico como factor de riesgo
 - Concepto

El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.⁶⁴ En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico <24 o >60 meses, independientemente de otras variables como la edad. Un intervalo intergenésico <24 meses se ha asociado con una evolución perinatal adversa.⁶⁵

- Riesgo de la multiparidad

Muchos clínicos consideran que las mujeres que han tenido seis o más embarazos, corren mayor riesgo de sufrir inercia uterina durante el trabajo de parto y hemorragia posparto a causa de atonía del útero. En las multíparas pueden ocurrir trabajo de parto y parto precipitados, con traumatismo de tejidos blandos y hemorragia resultantes. Es más común la placenta previa en la paciente multípara. Cabe mencionar que la multiparidad se considera a partir del cuarto parto.⁶⁶

⁶⁴ L. Domínguez y P. Vigil de García. *El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales*. En la Revista Clínica de investigación Gineco Obstetricia. No. 32. Vol. 3. Panamá 2005. p. 38.

⁶⁵ Id.

⁶⁶ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. op. cit. p. 90.

- Efectos de la multiparidad en la mortalidad materna

Para el Instituto Nacional de Salud Pública cuando se tienen tres o más embarazos incluyendo el actual, es mayor la probabilidad de inserción baja de placenta y atonía uterina postparto. Así, el antecedente de los abortos está relacionado con el 50% de probabilidad de ocurrencia; tres o más abortos espontáneos consecutivos, se asocian con el 70% de probabilidades de repetición; en este último caso se establece el diagnóstico de aborto habitual.⁶⁷

De igual forma, para L. Domínguez y P. Vigil de García, un periodo intergenésico menor de 24 meses es un factor de riesgo para presentar parto pretermino y por lo tanto, mayores complicaciones neonatales que incluyen ingreso en la unidad de cuidados intensivos e incluso muerte perinatal. Los resultados de la investigación son comparables con los hallazgos de un gran estudio de población donde se evaluaron 456.889 multíparas y se demostró que el período intergenésico corto (menor de 24 meses) tiene un impacto directo sobre la morbilidad y mortalidad perinatales.⁶⁸

Otro estudio, donde se evaluó cómo un período intergenésico menor de 6 meses afectaba el resultado final del embarazo, demostró que

⁶⁷ Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud. op. cit. p. 3.

⁶⁸ L. Domínguez y P. Vigil de García. op. cit. p. 125.

toda paciente con un período intergenésico menor de 6 meses tiene 10 veces más riesgo de que su embarazo culmine antes de las 20 semanas. Por lo tanto, los resultados de estos estudios nos hacen pensar que es importante para lograr un adecuado resultado materno y fetal, que la madre planifique sus embarazos en periodos mayores de 2 años.⁶⁹

- Periodo intergenésico óptimo

No se tiene claro por qué existen mayores complicaciones con períodos cortos o largos entre embarazo; sin embargo, se especula que una paciente con período intergenésico menor de 2 años no tiene una adecuada vascularidad uteroplacentaria debido a la poca adaptabilidad vascular que existe por el poco tiempo entre los embarazos, Así, cuanto más corto es el período, más pronto termina el embarazo, es por eso que se establece que en períodos menores de 6 meses existe riesgo elevado de aborto y en períodos menores de 2 años el riesgo que un embarazo termine antes de las 37 semanas es importante.⁷⁰

Por otro lado, en períodos intergenésicos mayores de 4 años, la causa de que se presente preeclampsia con mayor frecuencia se debe también a un problema de vascularidad, producida por rigidez y aterosclerosis de las arterias espirales uteroplacentarias, lo que conlleva a un riesgo sanguíneo inadecuado con la consiguiente hipo perfusión

⁶⁹ Id.

⁷⁰ Id.

placentaria, desencadenando el daño endotelial que se produce en este grupo de pacientes.⁷¹

Finalmente, el periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años, lo que hace necesario educar a la población acerca de la importancia de una adecuada planificación de los embarazos, haciendo énfasis que en periodos extremos (menor de 24 mayor de 49 meses) el riesgo de complicaciones maternas y fetales es mayor.⁷²

- Estrés, como factor de riesgo
 - Salud emocional

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer, de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre. Asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que éste conlleva.⁷³ Es decir, no sólo se ponen a prueba dichas capacidades

⁷¹ Id.

⁷² Id.

⁷³ Ma. Eugenia Gómez López y Cols. *Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo*. En la Revista Terapia Psicológica. Vol. 27. No. 2. México, 2009. p. 215.

sino que habrá de establecerse cómo se estructuraron desde la infancia.

- Aspectos psicológicos en el embarazo

Para Ma. Eugenia Gómez López y Cols. una de las líneas de la investigación psicológica mundial en las últimas décadas ha sido el estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo. Con base en los resultados obtenidos se propuso el concepto de salud mental perinatal, el cual incluye la vigilancia de los riesgos psicológicos que surgen en la mujer durante el periodo perinatal y que pueden afectar tanto a la madre como al producto (Austin, 2003); e inducen a desarrollar estrategias de intervención para prevenir el desarrollo de psicopatología severa (know & Osterber-Larsen, 2001).⁷⁴

Durante el embarazo, las adaptaciones necesarias para el nacimiento de un nuevo ser afectan los ámbitos fisiológico, social y psicológico de la mujer, sin importar qué tan positiva sea su respuesta emocional frente al evento reproductivo. Esta es una etapa estresante que puede llegar a impactar posteriormente el vínculo con su hijo (Gómez & Aldana, 2007).⁷⁵

⁷⁴ Id.

⁷⁵ Id.

- Alteración emocional de la embarazada

Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. Dadas las propias características del embarazo, puede considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer en cuanto que esta requiere adaptarse a la nueva situación, lo que puede provocar una manifestación aguda, con disminución de las funciones yoicas y restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúa sobre el yo y que es egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se supone entonces una inhibición o malestar psicológico.⁷⁶

El malestar psicológico se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos (Morales, Díaz, Espíndola y cols. 2004). Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes y otorgan ganancias secundarias. Entonces, se habla de síntomas.⁷⁷

⁷⁶ Ma. Eugenia Gómez López y Evangelina Aldana Calva. *Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo*. En la Revista Psicología y Salud. Vol. 17. No. 1. Enero-Junio. Universidad Veracruzana. México, 2007. p. 54.

⁷⁷ Id.

- Manifestaciones emocionales

Existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo y a distinguir aquellos casos que no corresponden a este y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (Attie y Morales, 1992; Morales, González y Valderrama, 1988).⁷⁸

Entre tales manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas. Asimismo, hay sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro.⁷⁹

- Factores psicosociales que afectan a la embarazada

Es importante destacar que la influencia de factores psicosociales como el desempleo, problemas económicas, complicaciones del embarazo, eventos de vida negativos, conflictos de pareja, estrés y

⁷⁸ Id.

⁷⁹ Id.

falta de apoyo social, influyen para que la mujer embarazada desarrolle malestar psicológico, lo cual se explica por su dificultad para adaptarse a los cambios que el mismo embarazo acarrea y que se ven agudizados por la presión social y familiar respecto de las condiciones socioeconómicas en las que transcurre.⁸⁰

- Embarazo no deseado como factor de riesgo

• Concepto

En diversos trabajos revisados algunos investigadores hacen distinción entre los conceptos de “embarazo no deseado” y “no planeado” y definen como embarazo no planeado, cuando la mujer no tenía planes de embarazarse pero acepta el embarazo y tener al producto. Sin embargo, se designa como embarazo no deseado cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto.

⁸¹ Entonces, los embarazos no deseados son aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportunos, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.⁸²

⁸⁰ Ibid p. 60.

⁸¹ Maribel Orozco López y Cols. *Embarazo no deseado o término en mujeres atendidas en dos hospitales del D.F.* En la Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. Vol. 16. No. 4. Oct-Dic., México, 2011. p. 30.

⁸² Ana Langer. *El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad de América Latina.* En la Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 11. No. 3. Panamá, 2002. p. 192.

- Evento invisible

A pesar de los avances logrados en el terreno de la salud sexual y reproductiva, existe una serie de vacíos en el programa, falta de capacitación del personal, procedimientos inadecuados, información deficiente y métodos inapropiados. En el caso del embarazo no deseado, se limitan a mencionarlo, sin abordar las acciones ni su problemática. Entonces, si se toma en cuenta toda esta información, puede decirse que el embarazo no deseado es un evento invisible para las estadísticas y no percibido por la sociedad, cuya magnitud real resulta difícil de calcular. De este modo, se ocultan sus implicaciones sociales, médicas, culturales, económicas, éticas y de derechos humanos y se subestiman las cifras de embarazos no deseados.⁸³

- Consecuencias del embarazo no deseado

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido y continuar con el embarazo no deseado.⁸⁴

⁸³ Maribel A. Orozco López y Cols. op. cit. p. 240.

⁸⁴ Ana Langer. Op. cit. p. 194.

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en las mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, periodos durante los cuales los riesgos son mayores.⁸⁵ Finalmente, los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad.

- Intervención de salud y enfermería

El embarazo no deseado ocurre por igual en todas las mujeres independientemente de la edad, estado civil y ocupación. Es un problema real con implicaciones socioculturales y de género, en el que la mujer no ha podido, o bien no se le ha permitido, tomar conciencia de su cuerpo y sexualidad, propiciando que otros decidan por ella. Los programas de salud reproductiva sobre embarazo no deseado que tienen diferentes instituciones y países muestran una visión parcial, ya que se limitan a la planificación familiar y a la población adolescente. La censura por parte de familiares y prestadores de servicios de salud a las mujeres con un embarazo no deseado, retrasa la atención.⁸⁶ La sola información no es suficiente para prevenir un embarazo no deseado o planeado; existen otros

⁸⁵ Id.

⁸⁶ Maribel A. Orozco López y Cols. op. cit. p. 8.

factores de índole personal, familiar, social y cultural que pueden influir o intervenir en la toma de decisiones, al momento de tener relaciones sexuales sin protección.

- Madres solteras sin respaldo, como factor de riesgo
 - La tradición cultural

En nuestra sociedad por tradición cultural, el embarazo fuera del matrimonio se considera como un factor de riesgo, ya que la mujer carece del apoyo de una pareja, lo que condicionará que realice trabajos inadecuados que le impedirá tener el reposo óptimo, tendrá un estado nutricional deficiente, angustia y estrés, todo ello se verá reflejado en la evolución del embarazo.⁸⁷

- Conflictos con la pareja

El embarazo no sólo impacta el estado emocional de la mujer, sino también el de su pareja. Por ello, muchas de las preocupaciones y conflictos de las mujeres embarazadas giran alrededor de la relación con su pareja y del papel que juega este nuevo hijo en su dinámica establecida (Austin, 2004). Muchos de estos conflictos son previos al embarazo, y lo único que hace éste es exacerbarlos.⁸⁸

⁸⁷ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. op. cit. p. 89.

⁸⁸ Ma. Eugenia Gómez López y Cols. Psicoterapia de grupo. op. cit. p. 220.

Así, las mujeres tienden a elaborar fantasías de que un hijo puede mejorar o incluso salvar la relación de pareja; sin embargo, en la mayoría de los casos esto no es así, lo que origina son nuevos conflictos en la mujer, al ver que esta expectativa no se cumple, y por tanto, esto dificulta su adaptación al evento reproductivo. Por otra parte, la mujer tiene a evadir o a negar el darse cuenta de la problemática de su relación y de sus expectativas hacia la pareja son irreales y de que no existe un proyecto en común. También en estos casos se aprecian dificultades por parte de la pareja para comprometerse realmente en la relación y es la mujer la que insiste en sostener algo que al mismo tiempo la afecta enormemente y por lo cual se desgasta.

- Conflictos con la familia

El papel de la familia extensa es muy importante para la mujer embarazada. Sin embargo, en algunos casos dicho apoyo no está presente y esto tiende a alterar su estado emocional. Esto se da sobre todo en aquellas situaciones en las que el embarazo no es bienvenido por no darse con una pareja estable y sin la solvencia económica necesaria. Esto implica mucha presión para la mujer embarazada, pues también contraviene a las expectativas familiares puestas en ella como: seguir estudiando, trabajar, casarse, etc., lo cual le origina sentimientos de culpa. Asimismo, el tener que educar sola a un hijo le genera temores, que además se ven reforzados por el punto de vista social.⁸⁹

⁸⁹ Id.

Hay otros casos en los que el conflicto se da con la familia política, esto sobre todo cuando la pareja, o la mujer, conviven con alguno de ellos o cuando no existe apoyo de su parte por alguna circunstancia en particular. Lo cual altera su estado emocional, creándole mucho estrés.

- Violencia física intrafamiliar

Aunque no todos los países tienen estadísticas sobre la ocurrencia de la violencia, se reconoce que dicha violencia física contra la mujer es un problema mundial de salud pública. En México, por ejemplo, la encuesta realizada a usuarios de los servicios asistenciales de Guadalajara, encontró que 57 y 44% de las mujeres del área urbana y rural, respectivamente, recibieron maltrato físico o emocional por parte de sus familiares.⁹⁰

La violencia física durante el embarazo, ocasionada por esposos o familiares, también tiene una ocurrencia alta. Berenson reportó una ocurrencia del 7.2% en una cohorte de 512 mujeres usuarias de servicios prenatales. Stewart encontró que 6.6% de 548 pacientes de diversas clínicas prenatales de Toronto, Canadá, tuvieron historia de agresión física durante el embarazo. En Saskatoon, Canadá,

⁹⁰ Sergio Paredes Solis y Cols. *Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero*. En la Revista Salud Pública de México. Vol. 97. No. 5. Sept. – Oct. México, 2005. p. 3.

Muhajarine reportó este tipo de violencia en 4.5% de las mujeres usuarias del servicio de atención prenatal. Una encuesta por correo y teléfono, dirigida por Martín en mujeres con parto reciente (n= 2 648) con residencia en Carolina del Norte, Estados Unidos de América (EUA), reportó una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 6.1%.⁹¹

En México, Alvarado-Zaldivar en 1998 halló que el 13% de las mujeres, de una muestra representativa de la ciudad de Durango, recibieron golpes durante el embarazo. En otro estudio realizado en el Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, se encuestó a mujeres en un lapso no mayor a 24 horas después del parto, y se registró que la violencia física durante el embarazo se presentó en 13.6% de las pacientes.⁹²

- Educación para la salud como estrategia de apoyo

La educación para la salud como objetivo fundamental es propiciar la maternidad saludable y sin riesgos, mediante la concientización a la madre que está sola, o con su pareja sobre la importancia de la atención prenatal desde las primeras semanas del embarazo, además de que el equipo multidisciplinario de salud los capacite en la búsqueda intencionada de los signos y síntomas de riesgo que se

⁹¹ Id.

⁹² Ibid p. 5.

pueden presentar y evitar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

- Depresión como factor de riesgo
 - Generalidades

La salud mental durante el embarazo es un aspecto que sin dudas preocupa a profesionales y a la familia debido a su repercusión sobre la embarazada y su hijo, a corto y a largo plazo. Se ha enfocado mucho en la realización de estudios para identificar y tratar la depresión postparto (DPP), pero es necesario destacar que una importante proporción de estas mujeres ya han padecido síntomas previos durante su gestación.⁹³ La depresión antenatal es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para trastornos del humor postparto y no ha sido aún sistemáticamente incorporada dentro de los cuidados prenatales.

- Epidemiología

Con relación a los factores que se asocian a trastornos del humor en el embarazo, los estudios sociales son los que priman en orden de importancia y frecuencia. La experiencia de embarazos anteriores y la situación económica también influyen. No hay evidencias claras que apoyen la teoría de que existen diferencias en la prevalencia de

⁹³ Susana Lujan Draghi. *Depresión en el embarazo*. En la Revista Obstetricia y Ginecología. Vol. 88. No. 982. Buenos Aires, 2009. p. 235.

depresión entre mujeres que viven en países desarrollados o no. A diferencia de la DPP, hay muy pocos estudios que hallaron relación entre la existencia de antecedentes personales psiquiátricos y la depresión en el embarazo.⁹⁴ (Ver Anexo No. 9: Factores de riesgo de depresión en el embarazo).

- Impacto de la depresión en los familiares

Para Inés Cevallos Martínez y Cols. los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto ya que los trastornos afectivos son la segunda alteración más común de las enfermedades mentales a nivel mundial, entre las que se destaca la depresión. En México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad. En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10%,; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretermino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales.⁹⁵ En el embarazo, los factores asociados a la depresión son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepresivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo,

⁹⁴ Ibid p. 236.

⁹⁵ Inés Cevallos Martínez y Cols. *Depresión durante el embarazo: Epidemiología en mujeres mexicanas*. En la Revista de Medicina Interna del IMSS. Vol. 48. No. 1. México, 2010. p. 71.

disfunción familiar, madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social.

- Tratamiento de la depresión

El tratamiento de la depresión incluye: psicoterapia, psicoeducación, análisis transaccional, apoyo farmacológico, suplementación con Omega3, acupuntura, luminoterapia y masajes.⁹⁶

Como alternativa o en conjunto con la medicación, las intervenciones psicosociales y psicológicas, como la terapia cognitiva-conductual y la psicoterapia interpersonal, han sido evaluadas en el tratamiento de la depresión. Una reciente revisión de Cochrane validó estas intervenciones para el tratamiento de la depresión posparto, sin embargo, no se pudo probar su eficacia para disminuir los síntomas depresivos en la depresión antenatal. Solo un estudio con un tamaño muestral muy pequeño (Spinelli 2003) reunía los criterios de inclusión, por lo que se concluyó que aún no hay evidencias para su recomendación.⁹⁷

- Gestión de enfermería

Aunque existen evidencias de que la medicación antidepresiva podría ser segura para el uso en embarazo, no se han realizado estudios randomizados y controlados para la depresión durante la gestación y

⁹⁶ Susana Luján Draghi. op. cit. p. 240.

⁹⁷ Id.

muchas mujeres con episodios depresivos son resistentes a tomar pastillas y prefieren opciones no farmacológicas. Por lo tanto, es radicalmente importante detectar precozmente síntomas de ansiedad o depresión para instituir, junto con los especialistas, el mejor tratamiento para esa mujer en ese momento de su gestación. Desde luego, hay que tomar en cuenta el contexto en el que se desenvuelve y desenvolverá y sus antecedentes psiquiátricos.

- Matriarcado y costumbres, como factor de riesgo
 - Enfoque de género

Según Marinella Miano, a pesar de su larga trayectoria de estudios sobre sexualidad, parentesco, roles femeninos y masculinos, la antropología de la mujer es, en América Latina, una disciplina bastante reciente. Solamente con la aparición del movimiento feminista y su aportación a la disciplina en los años setenta, se han empezado estudios específicos (a partir de los ochenta en América Latina) sobre las relaciones de género como una dimensión fundamental, junto con las de clase y adscripción étnica, de las relaciones sociales.⁹⁸

Este enfoque de género intenta articular las diferentes instancias (económicas, políticas, sociales, psicológicas, culturales y simbólicas), que contribuyen a la conformación de las identidades de

⁹⁸ Marinella Miano. *Mujeres zapotecas: el enigma del matriarcado*. En la Revista Historia y Fuente Oral. No. 11. México, 1994. p. 67.

género. Más allá de cualquier expresión normativa, todas las sociedades establecen una distinción entre lo masculino y lo femenino y proporcionan modelos así como roles sexuales específicos, sobre los cuales se construyen las identidades de género y las prácticas sociales.⁹⁹

Así, el género es la visión de las relaciones de los dos sexos, no solamente en términos del análisis de la división sexual del trabajo, sino de cómo se ven los hombres y mujeres de una cultura a sí mismos y cuál es su relación recíproca. En el caso de las poblaciones indígenas las relaciones de género se basan por un lado en el comportamiento culturalmente adecuado identificado para cada sexo. Ello es resultado de una construcción cultural propia, pero a su vez existe una apropiación de comportamientos impuestos por las sociedades llamadas hegemónicas.¹⁰⁰

- Ideología dominante

En México, la ideología dominante promueve modelos y discursos unívocos sobre las obligaciones de las mujeres. Impera la idea de la mujer como madre abnegada por naturaleza, que se realiza personalmente en el ámbito doméstico como guardiana de bienestar

⁹⁹ Ibid. P. 68.

¹⁰⁰ Margarita Calfio Montalva y Luisa Fernanda Velasco. *Mujeres indígenas en América Latina. Brecha de género o de etnia? Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe*. Documento impreso. CEPAL. Santiago de Chile, 2005. p. 1.

familiar, cuya sexualidad está dirigida a la procreación y subordinada a la autoridad del hombre, jefe de familia y sustento económico. Este estereotipo tiende a ser interiorizado por las mujeres y a condicionar sus planes de vida (y de los hombres), en el aspecto psicológico, político y laboral.¹⁰¹

Sin duda, la construcción de la identidad sexual a nivel individual no es analíticamente separable de la de clase, grupo étnico y/o racial. Del mismo modo que las formas de interiorización del modelo y de las respuestas o resistencias, de hombres y mujeres, varían según el momento histórico y el interlocutor ante el que se debe asumir o reclamar una identidad.¹⁰²

- Población indígena

Por lo que respecta a las poblaciones indígenas, la Conquista unificó bajo el término general de indio o indígenas, sometidos a un dominio colonial homogéneo, a una multitud de grupos que, si bien comparten algunos rasgos de origen mesoamericano, pertenecen a realidades socioculturales distintas y específicas. A nivel social, el indio ocupa los eslabones más bajos de la jerarquía social, como campesino, obrero y artesano, o pedigüeño en las grandes ciudades.¹⁰³

¹⁰¹ Marinell Miano. op. cit. p. 68.

¹⁰² Id.

¹⁰³ Id.

El término indio o indígena mantiene una connotación despreciativa por cuanto la ideología de las clases dominantes lo asocia a la pobreza, la ignorancia y el atraso. En este sentido, las mujeres indias están sujetas a una triple opresión: la derivada de su condición de mujer en un orden patriarcal, la de clase y la de étnica. Sin embargo, este poderoso modelo cultural e ideológico presenta ciertas fisuras, ambigüedades, conflictos y contradicciones. Es susceptible de una mayor flexibilidad que demuestra como el modelo patriarcal puede generar otros modos de expresión, a la vez que ser contestado por las mujeres con su participación activa o la resistencia u oposición al entorno. En otras palabras, aunque los rasgos más generales de la falta de equidad entre sexos puedan ser universales, existe una gran diversidad de situaciones femeninas aun dentro de una misma sociedad.¹⁰⁴

- Las costumbres de Xoxocotla

En Xoxocotla, del Estado de Morelos llama la atención de inmediato el protagonismo, socialmente, de las mujeres en la vida económica, social y cultural de esta etnia. El rol y los poderes que detentan en la vida del grupo son francamente sorprendentes, hasta el punto de que, a menudo –solo ocasionalmente y de manera inapropiada en ámbito académico-, se habla de esta sociedad como un matriarcado. Esto hace que sea la suegra quien se encargue de llevar a la nuera y al niño al Centro de Salud para toda la atención de todos, la atención

¹⁰⁴ Id.

perinatal y prenatal. Así, la suegra es quien decide todo el proceso de atención y educación, tanto de la madre como del recién nacido.

Así, lo más relevante de Xoxocotla es que uno de los secretos económicos más importantes está en manos de mujeres. Ello se debe a que, a raíz de su proceso de modernización, en la economía del lugar predomina el comercio (y los servicios), siendo el centro de capacitación y abastecimiento del mercado regional, a la vez que la gran red de microcomercio se encuentra bajo control femenino. Su poder e influencia sobre la vida de la comunidad se basan, pues, en algo bien sólido, de modo que los hombres no pueden prescindir de la opinión y voluntad en las grandes decisiones.

Las costumbres de Xoxocotla, relativas al embarazo, parto y puerperio son guiadas y conducidas por la suegra, quien se encarga por tradición de cumplir con las reglas de las costumbres en conseguir la partera o llevar a la nuera al Centro de Salud más cercano. Al nacer el niño, también es la suegra la que lo lleva a recibir las vacunas y primeros cuidados. La pareja o esposo de la madre, no participa, dado que es la madre de este quien se encarga de darle la seguridad a la nuera en todo el proceso del parto y puerperio.

- Escolaridad e ingresos
 - Nula educación sexual

Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre lo más sobresalientes están la pobreza o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico.¹⁰⁵ Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de el/la joven como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

- Comportamiento sexual responsable

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM 1999), realizó una encuesta para su programa “Gente Joven”, e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que

¹⁰⁵ Secretaria de Salud. op. cit. p. 35.

esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que si permanecen estudiando.¹⁰⁶

- La mujer con escolaridad

Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia. Las mujeres que han cursado siete años o más de educación se casan como promedio cuatro años más tarde y tienen 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación. Cada vez hay más elementos para reconocer que una mujer con escolaridad mayor de bachillerato tiene formas de vida menos riesgosas, se preocupa por su salud y se constituye en un pilar de la familia en materia de salud reproductiva.¹⁰⁷

- La pobreza

En los países en desarrollo, la pobreza, las tradiciones culturales y las leyes nacionales restringen el acceso de la mujer a las herencias y a los recursos económicos. Sin dinero, no pueden decidir independientemente sobre su salud, ni buscar los servicios necesarios. Así, la pobreza es un estilo de vida caracterizado por

¹⁰⁶ Secretaria de Salud. op. cit. p. 36.

¹⁰⁷ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. op. cit. p. 90.

hacinamiento, higiene y educación deficiente, ignorancia, indiferencia y medios inadecuados para mantener la salud personal.¹⁰⁸

Es por ello que si un recién nacido durante el período gestacional no fue bien nutrido y las condiciones socioeconómicas en que vivía la madre fueron inadecuadas, el recién nacido puede ser pretérmino, con bajo peso, desnutrición in útero o bien con alguna malformación congénita debido a que fue gestado en un medio hostil y no tuvo la opción de contar con un adecuado control prenatal.

- Nivel socioeconómico y tasas de fecundidad

Las condiciones de bajo nivel socioeconómico tienen su existencia en el embarazo y la fecundidad adolescentes. Esto se puede comprobar con facilidad observando las tasas de fecundidad en los distintos estratos sociales. Guzmán, Contreras y Hakkert calcularon las tasas de fecundidad adolescente según quintiles de pobreza para algunos países de América Latina, sobre la base de datos de las EDS. En todos los casos, las tasas del quintil más pobre son de cuatro a nueve veces mayores que las del quintil superior (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001). El uso de métodos anticonceptivos es sensible a los niveles de pobreza, si bien no siempre en forma lineal; aunque en varios países el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes

¹⁰⁸ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. op. cit. p. 88.

aumenta a medida que se sube en la escala social, en otros la tendencia se revierte algo en el nivel superior.¹⁰⁹

- La mujer indígena
 - Violaciones a los derechos de las mujeres indígenas

Son las mujeres indígenas, las que mayormente experimentan violaciones a sus derechos humanos relacionados a su género: ultrajes, esterilizaciones forzadas, servicios inadecuados de salud, desprecio de su lengua tradicional y de su vestimenta, quizá por esto Naciones Unidas han calificado a éste tema como emergente. Se ha identificado también, que así como las discriminaciones vienen desde “afuera”, contextualizadas dentro de los “usos y costumbres”, hay evidencias de acciones y reacciones “de tinte tradicional” atentatorias al derecho de las mujeres por los hombres de sus grupos.¹¹⁰

- 1ª. Conferencia mundial sobre la mujer

Fue en la Primera Conferencia Mundial sobre la mujer, llevada a cabo en 1975, donde los estados de la Organización de las Naciones

¹⁰⁹ Edith Alejandra Pantelides. *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Documento impreso. Buenos Aires, 2011. p. 21. En Internet: <http://www.eclac.el/publicaciones/xml./9/C92229-p1>. Consultado el día 20 de abril del 2011.

¹¹⁰ Margarita Calcio Montalvo y Luisa Fernanda Velasco. op. cit. p. 1.

Unidas (ONU), se comprometieron a realizar todos los esfuerzos para la incorporación plena de la mujer al desarrollo, que pasaba por la eliminación de las discriminaciones por género. Las mujeres indígenas y sus problemáticas prácticamente no existían en ese momento, hasta la realización de la IV Conferencia Mundial de la Mujer. El programa, decía explícitamente: “*mejorar la condición de todas las mujeres y procurar prestar especial atención a los grupos de mujeres que se encuentran en situación de alto riesgo, como el caso de las mujeres rurales, indígenas, discapacitadas, refugiadas y desplazadas*”. (ONU 1995).¹¹¹ En América Latina y el Caribe existen aproximadamente 45-50 millones de personas indígenas, lo que equivale a un 10% del total de la población. Hay alrededor de 400 pueblos indígenas diferentes, con idiomas diversos, cosmovisiones, modos de producción, organización, etc. De estos aproximadamente un 59% serían mujeres lo que equivale a 26.5 millones.¹¹²

- La mujer indígena Latinoamericana

La mujer indígena latinoamericana no constituye una categoría homogénea como para analizarla como un todo, pero en general experimentan ciertas características discriminatorias y las mujeres indígenas poseen demandas y necesidades bastante similares. Es importante advertir las diferentes subdivisiones que existen dentro de este sector, ya sean de tipo étnico-cultural, generacional, de ubicación geográfica, de estado civil, de grado educativo. etc. De estas

¹¹¹ Id.

¹¹² Margarita Calcio Montalvo y Luisa Fernanda Velasco. op. cit. p. 2.

diferencias internas al grupo de las mujeres indígenas dan como resultado muchas diferencias de relaciones con el sexo opuesto y las mujeres no indígenas, en el acceso a recursos, y espacios de poder, de comportamiento, etc.¹¹³ Los roles de las mujeres han cambiado en los últimos tiempos y muchos valores y elementos de la cultura tradicional, hoy han sido desplazados por la asistencia a la escuela, el constante y experimentado vínculo con las ciudades y la castellanización.

3. METODOLOGÍA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General

H1: Existe un nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla, del Municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

3.1.2 De Trabajo

H2: Existe un bajo nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo Biopsicosociales de embarazo en las mujeres que acuden al Centro

¹¹³ Id.

de Salud Xoxocotla, del Municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

3.1.3 Nula

Ho: Existe un alto nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla del Municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

3.2 VARIABLES E INDICADORES

3.2.1 Independiente: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO BIOPSIKOSOCIALES DEL EMBARAZO

- Indicadores de la variable

DIMENSIONES

BIOLÓGICAS

INDICADORES

- Edad menor de 18 y mayor de 35 años.
- Peso menor de 45 kilos.
- Talla menor de 1.50
- Preeclampsia.
- Desnutrición.
- Multiparidad.

- Abortos.
 - Periodo intergenésico.
- PSICOLÓGICOS
- Estrés.
 - Embarazo no deseado.
 - Madres solteras sin respaldo.
 - Depresión.
 - Existencia del patriarcado.
 - Existencia de usos y costumbres.
- SOCIOCULTURALES
- Baja escolaridad.
 - Cargas de trabajo excesivas.
 - Estado civil de las parejas.
 - Bajos ingresos.
 - Toma de decisiones.
 - Educación en salud reproductiva.
 - Apego a consultas.
 - Agresión sexual.

3.2.2 Definición operacional: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIALES DEL EMBARAZO

- Concepto de nivel de conocimientos

Se denomina nivel de conocimientos al proceso de adquisición de diversos saberes, información y experiencias que se van teniendo

durante toda la vida, con lo que es posible tener comportamientos normativos que guían las conductas de las persona. Entonces, los primeros conocimientos que se adquieren proceden de la información que brindan los padres, la información que se recibe de las escuelas y de las experiencias de la vida misma. Esto significa que a medida que las personas adquieren mayor información educativa, tendrán entonces, mejor nivel de conocimientos que serán validados con la experiencia adquirida.

- Nivel de conocimientos de la embarazada

En el caso de las mujeres embarazadas, es necesario contar con niveles de conocimiento en tres momentos: en el periodo prenatal, durante el parto y en el periodo posterior al parto. Este nivel de conocimiento será determinante para evitar riesgos durante el embarazo y así no poner en peligro a la mujer embarazada y al producto.

- Concepto de riesgo

El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo. Así, el riesgo es una medida, que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño como enfermedad, accidente y peligro de muerte, donde se destaca la contingencia o proximidad de un daño y la probabilidad de que un hecho ocurra. Es por ello que muchos autores

lo definen como la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de un daño en un periodo específico y en una comunidad dada, insistiendo en que es una probabilidad de daño en presencia de circunstancias adversas que inciden en una persona, grupo de personas, comunidad o ambiente. También se define como el conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo o colectividad y genera daños de diferente magnitud en correspondencia con la exposición a uno o varios agentes.

- Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) puede sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud.

Así, el factor de riesgo es la característica o atributo cuya presencia en el individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer un daño. Por ejemplo, la embarazada mal nutrida tiene mayor probabilidad de tener un niño de bajo peso al nacer cuando se

le compara con la embarazada bien nutrida. Por lo tanto, la mal nutrición materna es un factor de riesgo de padecer como daño o problema.

- Riesgo reproductivo

El riesgo reproductivo es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo. Así, los factores de riesgo pueden ser, tanto un indicador de riesgo, como causa de daño. Ello depende del criterio que establezca, sobre si la característica es una causa de daño. Por ejemplo, fumar en el embarazo es causa de bajo peso en el niño al nacer.

La clasificación de los factores de riesgo incluyen: factores maternos como: edad, paridad, antecedentes; factores fetales como alteraciones del crecimiento, anomalías fetales y factores placentarios como embarazo múltiple, placenta previa, infartos placentarios, factores relacionados con el propio embarazo como la Diabetes mellitus.

- Riesgo reproductivo

El riesgo reproductivo es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. De igual forma, el riesgo obstétrico son todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer

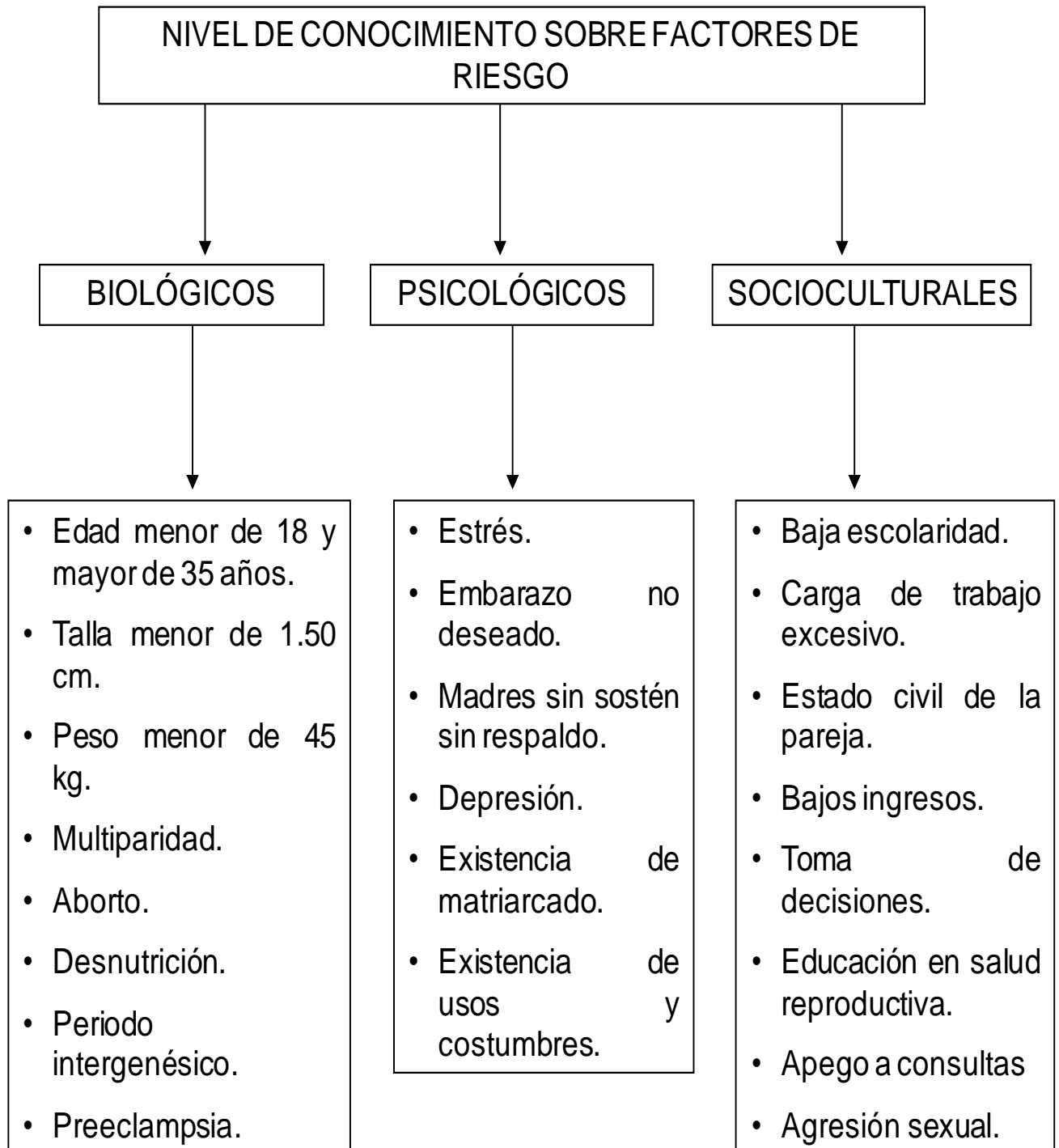
que puede propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

- Intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia constituyen el primer contacto que tienen con la embarazada, para evitar un riesgo, tanto para la embarazada como el producto. Esta valoración se realiza en el periodo prenatal, durante el parto y durante el puerperio. La idea principal es detectar y evaluar algún factor de riesgo a fin de poder orientar a la madre en todos los aspectos de seguridad, oportunidades y de salud para el binomio madre hijo.

En el caso de la población de Xoxocotla del Municipio de Puente de Ixtla, Morelos, la valoración del riesgo obstétrico constituye todo un proceso de historia clínica perinatal, de elaboración de exámenes de auscultación de la sintomatología de la exploración de signos a fin de poder emitir diagnósticos tempranos y diagnósticos oportunos.

3.2.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Tipo

El tipo de investigación que se realizó es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica porque se realizó un diagnóstico situacional sobre el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo del embarazo en la comunidad.

Es descriptiva porque se describió el nivel de conocimientos de las mujeres embarazadas de la comunidad de Xoxocotla, a fin de incidir en este nivel que permita que estas embarazadas tengan un periodo perinatal, durante el parto y postnatal, sin amenazas de riesgo.

Es analítica porque para medir la variable de nivel de conocimientos sobre factores de riesgos, se descompuso la misma en tres dimensiones e indicadores: Las dimensiones son: Biológicas, Psicológicas y Socioculturales. En cada dimensión de riesgo se incluyeron sus indicadores.

Es transversal porque esta investigación se ha realizado en un periodo corto de tiempo. Es decir, durante los meses de Abril y Mayo del 2012.

3.3.2 Diseño

El diseño de la investigación se realizó de la siguiente manera:

- Búsqueda de un problema de investigación del área de Enfermería Materno Infantil de la población de Xoxocotla, en el Municipio de Puente de Ixtla, Morelos.
- Elaboración de los objetivos de la investigación así como la descripción del problema y la justificación de la misma.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones con el objeto de buscar el Marco teórico de la variable Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de las embarazadas.
- Diseño del instrumento para medir la variable Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del embarazo tomando en cuenta las dimensiones de riesgo en el embarazo: Biológicos, Psicológicos y Socioculturales.
- Diseño del universo la población y la muestra, para la aplicación del instrumento a la población seleccionada.
- Aplicación del instrumento y recolección de los datos mediante la captura, clasificación y elaboración de cuadros y gráficas.

- Comprobación o disprobación de la hipótesis de trabajo mediante las técnicas estadísticas pertinentes.

3.3.3 Aspectos éticos

El presente estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo con lo señalado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título II, Capítulo 1, Artículo 13, 16 y 100 (Secretaría de Salud, 1998). El Artículo 13, señala que toda la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. El Artículo 16 establece que se protegerá la privacidad de los individuos sujetos a investigación, por lo que los instrumentos deberán ser manejados respetando el anonimato y confidencialidad de los datos que arrojan.

3.3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

En el criterio de inclusión se tomó en cuenta a 120 mujeres embarazadas que llegan a recibir atención al Centro de Salud de Xoxocotla del municipio de Puente de Ixtla, de la población total que son 240 embarazadas.

En el criterio de exclusión se tomó en cuenta a aquellas mujeres que no estado embarazadas, también llegan al Centro de Salud a solicitar diferentes servicios.

En el Criterio de eliminación se tomó en cuenta a aquellas mujeres que estando embarazadas y que forman parte del criterio de inclusión, pero que no desean participar en el estudio por diversas causas.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS

3.4.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo se pudo ordenar y clasificar la información relativa al marco teórico conceptual y referencial. Entonces, el marco teórico sobre el Nivel de conocimientos que tienen las embarazadas sobre los factores de riesgo, ha sido invaluable para poder conformar la teoría que pueda fundamentar teóricamente el problema y los objetivos de la investigación.

3.4.2 Observación

Mediante la observación ha sido posible visualizar el comportamiento de las embarazadas, los usos y costumbres en los que los que se ven envueltas y la idiosincrasia sociocultural de ellas.

3.4.3 Entrevista

La técnica de entrevista ha sido posible para poder establecer una comunicación directa con las embarazadas en una relación

entrevistado-entrevistador y conocer sus actitudes así como también, conocer sus aptitudes en cuanto al nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del embarazo.

3.4.4 Cuestionario

El cuestionario fue el instrumento vital con el que se pudo recabar la información a las embarazadas. El cuestionario fue diseñado con preguntas cerradas estructuradas de tipo Likert que permite abrir un abanico de opciones desde la mejor, hasta la peor respuesta que dan las embarazadas.

Cada pregunta del cuestionario equivale a un indicador de la dimensión de la variable. Entonces, en la dimensión Biológica se tomaron en cuenta ocho indicadores, en la dimensión Psicológica se tomaron en cuenta 6 indicadores y en la dimensión Sociocultural se tomaron en cuenta ocho indicadores. Además, al instrumento se le agregaron cuatro preguntas de carácter sociodemográfico cerradas estructuradas. Además, se le incluyó una pregunta abierta sobre los servicios que otorga el Centro de Salud a la población. Por tanto, el instrumento aplicado tuvo treinta preguntas en total.

El instrumento tiene una fiabilidad mediante el Alpha de Cronbah de .883 lo que permite pensar que el instrumento tiene una consistencia interna en los items.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo lo constituye el 100% del fenómeno de estudio para el caso específico del Centro de Salud Xoxocotla, el universo son 240 mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud para su control perinatal.

La población es el 50% del universo lo que significa 120 mujeres que acuden al Centro de Salud para el Control perinatal y el seguimiento de su embarazo.

La muestra es el 100% de la población, es decir las 120 mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla para el Control perinatal.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

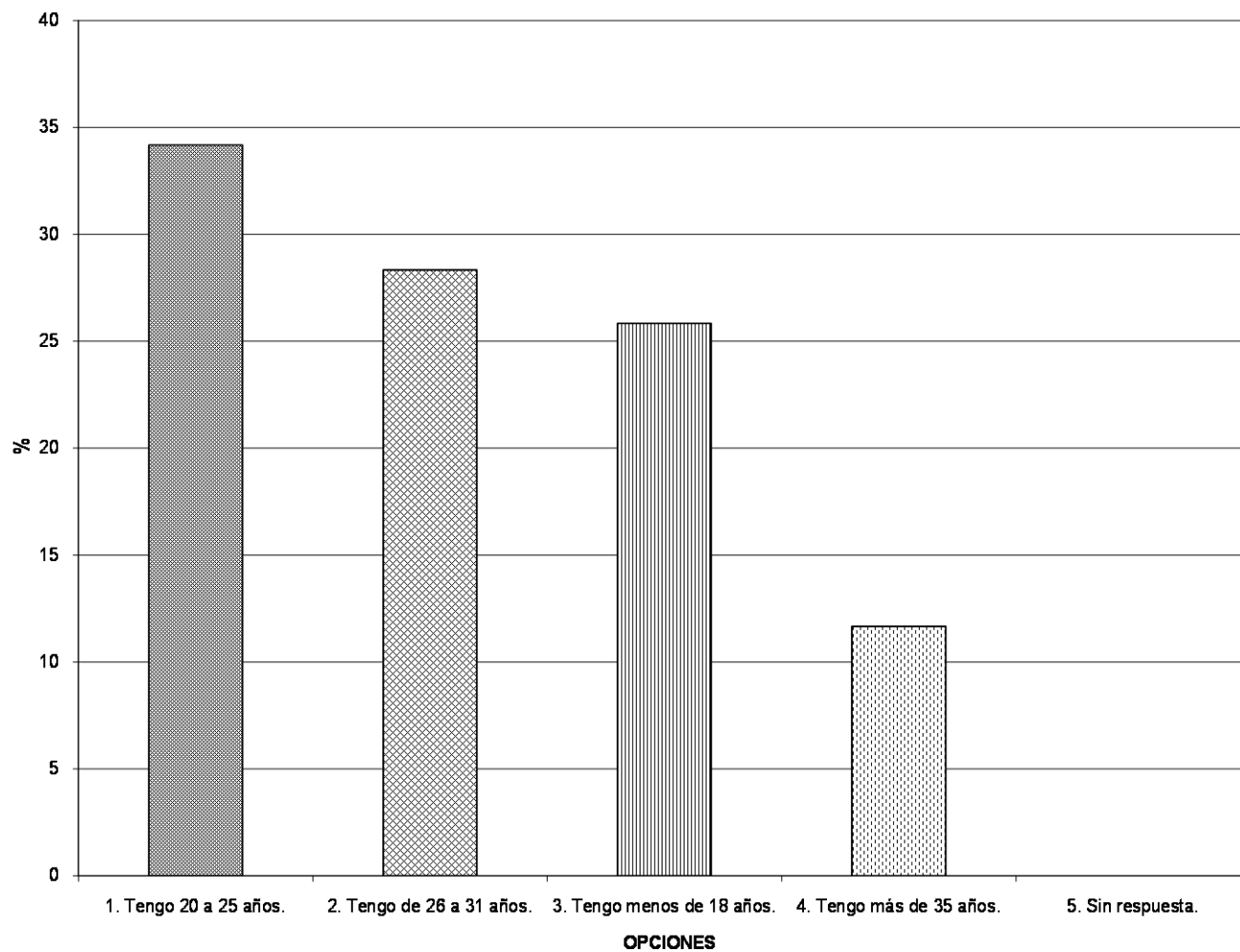
El procesamiento de los datos se realizó mediante el sistema de tarjetas simples de concentración de matrices que permitieron realizar el recuento de los datos con la captura y clasificación, para convertirlos en información significativa mediante la tabulación en cuadros y gráficas que permita comprobar o disponer la hipótesis de trabajo y lograr los objetivos de la investigación. A continuación se presentan los cuadros y las gráficas de cada uno de los indicadores realizados, que conforman las dimensiones de la variable estudiada.

CUADRONo. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Tengo 20 a 25 años.	41	34.17
2. Tengo de 26 a 31 años.	34	28.34
3. Tengo menos de 18 años.	31	25.83
4. Tengo más de 35 años.	14	11.66
5. Sin respuesta.	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Cuestionario de la investigación: *Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla, del Municipio de Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos; aplicado del 22 de abril al 05 de mayo del 2012.*

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS 2012



OBSERVACIONES: El 34.17% de las mujeres embarazadas tienen 20 y 25 años y el 11.66% tienen más de 35 años de edad.

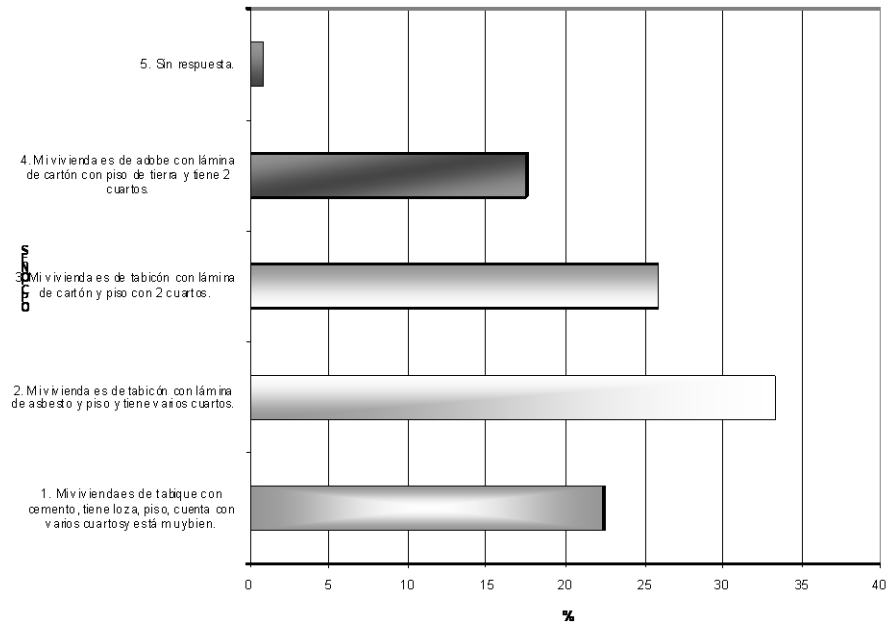
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 2
DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL
ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Mi vivienda es de tabique con cemento, tiene loza, piso, cuenta con varios cuartos y está muy bien.	27	22.50
2. Mi vivienda es de tabicón con lámina de asbesto y piso y tiene varios cuartos.	40	33.34
3. Mi vivienda es de tabicón con lámina de cartón y piso con 2 cuartos.	31	25.83
4. Mi vivienda es de adobe con lámina de cartón con piso de tierra y tiene 2 cuartos.	21	17.50
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 2
DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO
DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS 2012



OBSERVACIONES: El 33.34% de las mujeres embarazadas tiene su vivienda de tabicón con lámina de asbesto, piso y tienen varios cuartos y el 17.50% su vivienda es de adobe con lámina de cartón con piso de tierra y tiene 2 cuartos.

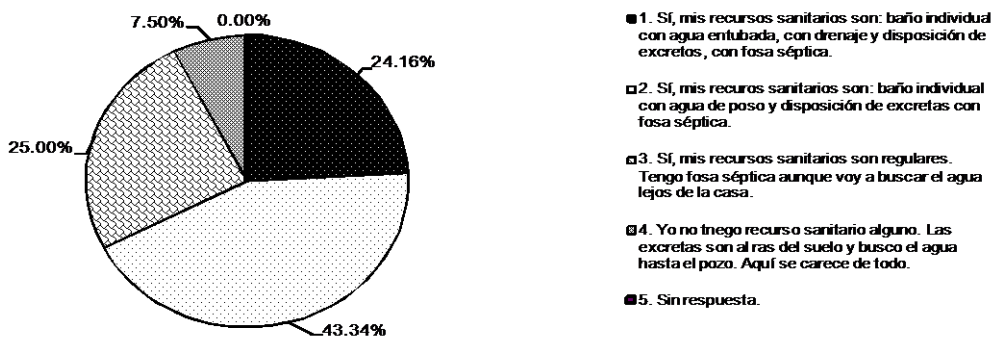
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 3
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
SI CUENTAN CON LOS RECURSOS SANITARIOS EN SU VIVIENDA EN EL
MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, mis recursos sanitarios son: baño individual con agua entubada, con drenaje y disposición de excretos, con fosa séptica.	29	24.16
2. Sí, mis recursos sanitarios son: baño individual con agua de pozo y disposición de excretas con fosa séptica.	52	43.34
3. Sí, mis recursos sanitarios son regulares. Tengo fosa séptica aunque voy a buscar el agua lejos de la casa.	30	25.00
4. Yo no tengo recurso sanitario alguno. Las excretas son al ras del suelo y busco el agua hasta el pozo. Aquí se carece de todo.	9	7.50
5. Sin respuesta.	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 3
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CUENTAN CON LOS RECURSOS SANITARIOS EN SU VIVIENDA, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS 2012



OBSERVACIONES: El 43.34% de las mujeres embarazadas cuenta con recursos sanitarios de baño individual con agua de pozo y disposición de excretas y el 7.50% su excreta es al ras de suelo y el agua de pozo.

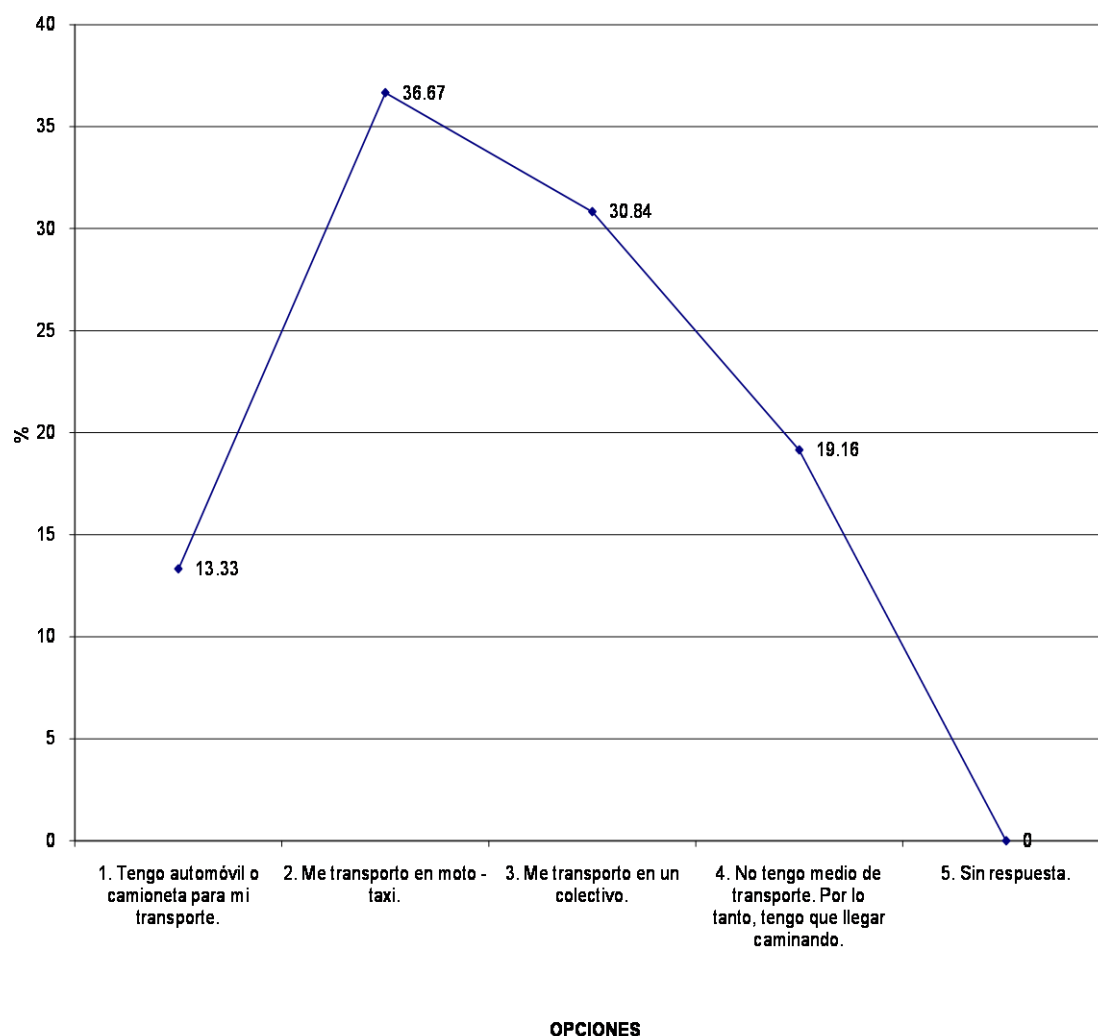
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 4
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
SI CUENTAN CON MEDIO DE TRANSPORTE, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Tengo automóvil o camioneta para mi transporte.	16	13.33
2. Me transporto en moto - taxi.	44	36.67
3. Me transporto en un colectivo.	37	30.84
4. No tengo medio de transporte. Por lo tanto, tengo que llegar caminando.	23	19.16
5. Sin respuesta.	0	0
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 4
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CUENTAN CON MEDIO DE TRANSPORTE, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 36.67% de las mujeres embarazadas su medio de transporte es de moto-taxi, y el 19.16% no cuenta con medio de transporte.

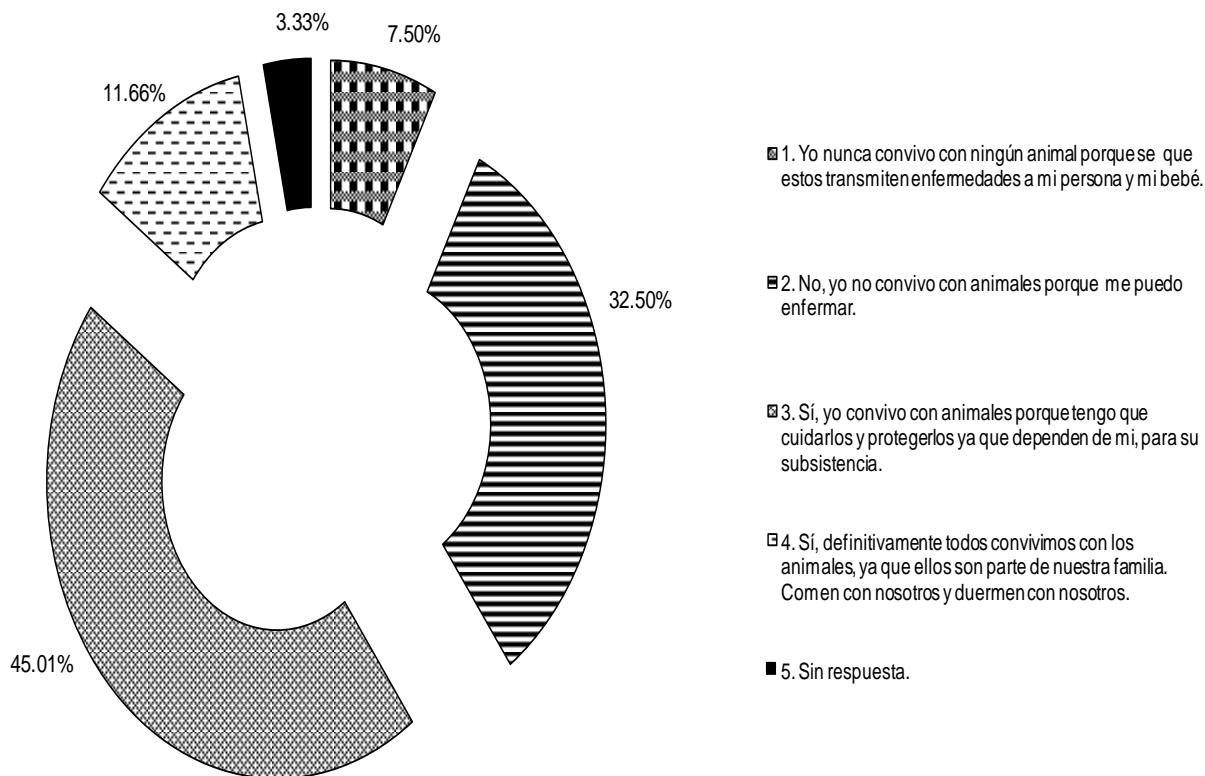
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRONo. 5
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN
TORNO A SI CONVIVEN CON ANIMALES, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Yo nunca convivo con ningún animal porque se que estos transmiten enfermedades a mi persona y mi bebé.	7	7.50
2. No, yo no convivo con animales porque me puedo enfermar.	39	32.50
3. Sí, yo convivo con animales porque tengo que cuidarlos y protegerlos ya que dependen de mi, para su subsistencia.	54	45.01
4. Sí, definitivamente todos convivimos con los animales, ya que ellos son parte de nuestra familia. Comen con nosotros y duermen con nosotros.	14	11.66
5. Sin respuesta.	4	3.33
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 5
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN TORNO A SI CONVIVEN
CON ANIMALES, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 45.01% de las mujeres embarazadas convive con animales para su cuidado y protección ya que depende para su subsistencia y el 7.50% nunca convive con animales porque transmiten enfermedades.

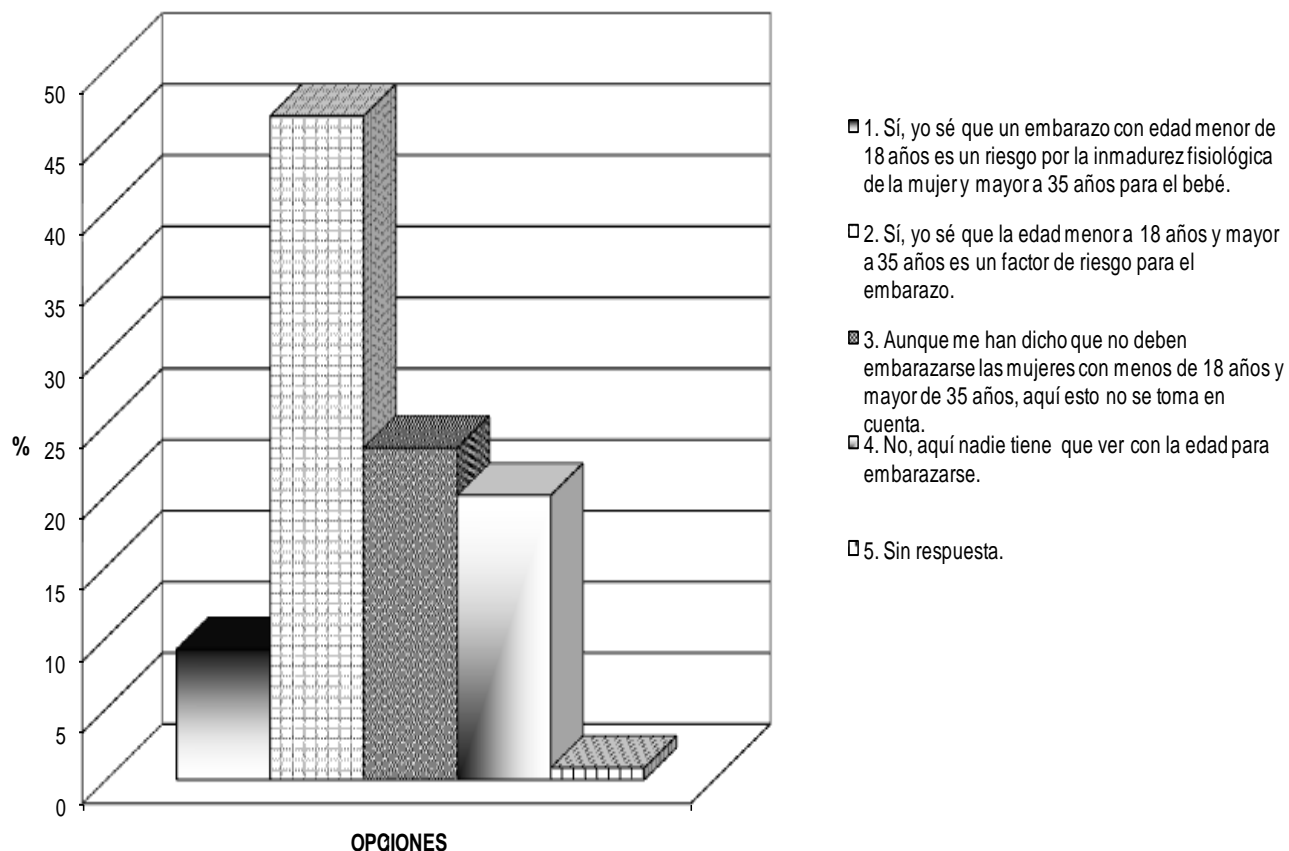
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 6
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN
TORNO A QUE SI SABÍAN QUE UNA EDAD MENOR A 18 AÑOS Y MAYOR A
35 AÑOS ES UN RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE
DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que un embarazo con edad menor de 18 años es un riesgo por la inmadurez fisiológica de la mujer y mayor a 35 años para el bebé.	11	9.16
2. Sí, yo sé que la edad menor a 18 años y mayor a 35 años es un factor de riesgo para el embarazo.	56	46.67
3. Aunque me han dicho que no deben embarazarse las mujeres con menos de 18 años y mayor de 35 años, aquí esto no se toma en cuenta.	28	23.34
4. No, aquí nadie tiene que ver con la edad para embarazarse.	24	20.00
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 6
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI SABÍAN QUE
UNA EDAD MENOR DE 18 AÑOS Y MAYOR DE 35 AÑOS ES UN RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL
MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 46.67% de las mujeres embarazadas, sabe que la edad menor de 18 años y mayor a 35 años es un factor de riesgo y el 9.16% conoce que menor de 18 años es un riesgo por inmadurez fisiológica.

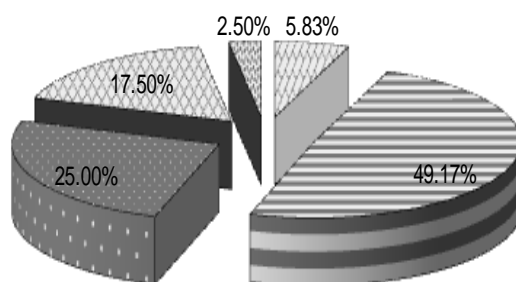
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 7
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN
TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL PESO MENOR A 45 KG. ES UN FACTOR
DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN
EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo creo que un peso menor a 45 kg. provoca que el niño no pueda crecer y es un riesgo de que lo pueda abortar antes del término del parto.	7	5.83
2. Sí, yo sé que un peso menor a 45 kg. puede ser un riesgo en cualquier paciente embarazada	59	49.17
3. Sí, yo sé que un peso menor a 45 kg. es un factor de riesgo, pero aún así yo quiero embarazarme.	30	25.00
4. Desconocía totalmente que el peso fuera un factor de riesgo en el embarazo. Es más, creo que ni siquiera se debería de toma en cuenta el peso.	21	17.50
5. Sin respuesta.	3	2.50
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 7
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QU EEL PESO MENOR A 45 KG. ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO
DE PUENTE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



- ❑ 1. Sí, yo creo que un peso menor a 45 kg. provoca que el niño no pueda crecer y es un riesgo de que lo pueda abortar antes del término del parto.
- ❑ 2. Sí, yo sé que un peso menor a 45 kg. puede ser un riesgo en cualquier paciente embarazada
- ❑ 3. Sí, yo sé que un peso menor a 45 kg. es un factor de riesgo, pero aún así yo quiero embarazarme.
- ❑ 4. Desconocía totalmente que el peso fuera un factor de riesgo en el embarazo. Es más, creo que ni siquiera se debería de toma en cuenta el peso.
- ❑ 5. Sin respuesta.

OBSERVACIONES: El 49.17% de las mujeres embarazadas, saben que un peso menor de 45 kg. es un riesgo en el embarazo y el 5.83% sabe que un peso menor a 45 kg. provoca que el niño no pueda crecer.

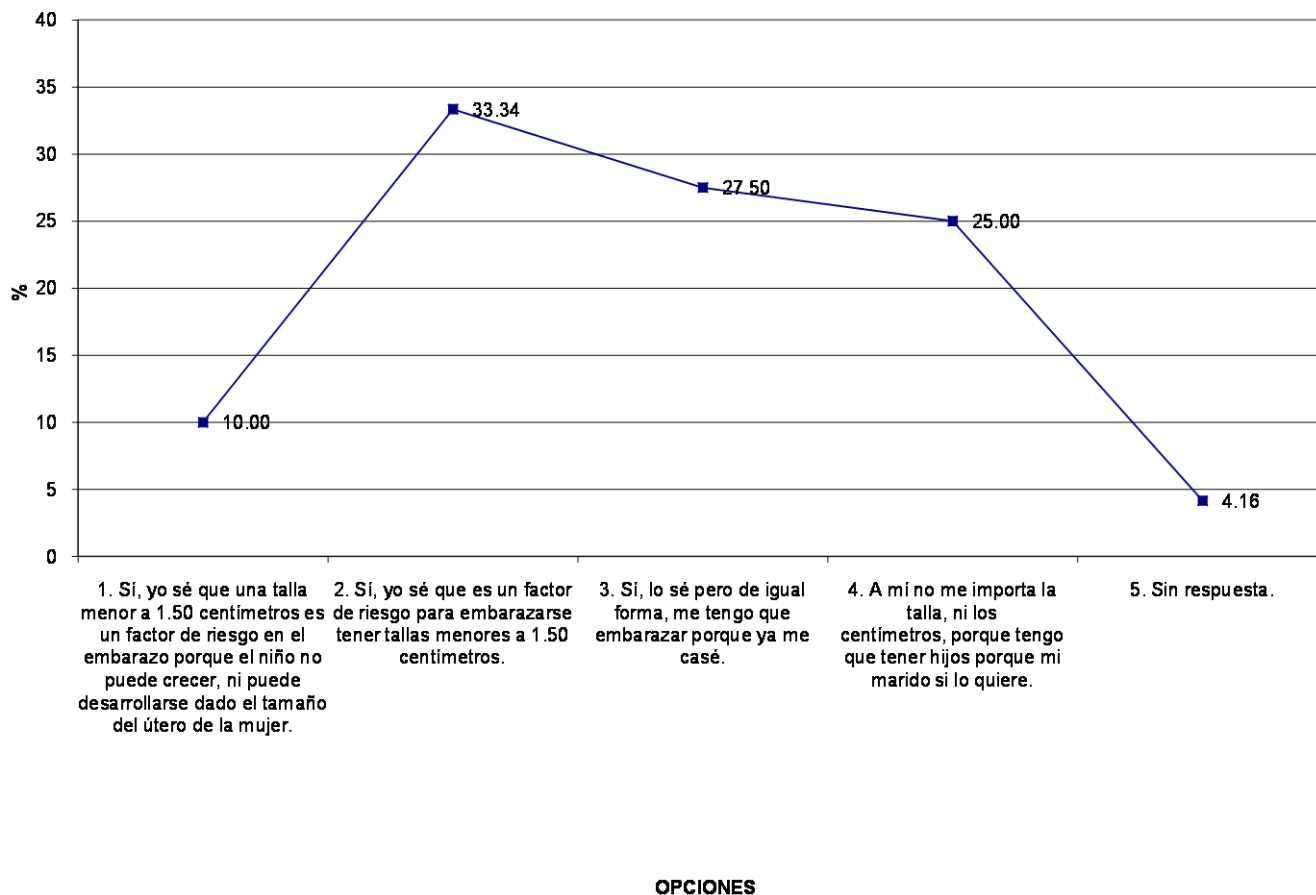
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 8
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN
TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LA TALLA MENOR A 1.50 CMS. ES UN
FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que una talla menor a 1.50 centímetros es un factor de riesgo en el embarazo porque el niño no puede crecer, ni puede desarrollarse dado el tamaño del útero de la mujer.	12	10.00
2. Sí, yo sé que es un factor de riesgo para embarazarse tener tallas menores a 1.50 centímetros.	40	33.34
3. Sí, lo sé pero de igual forma, me tengo que embarazar porque ya me casé.	33	27.50
4. A mí no me importa la talla, ni los centímetros, porque tengo que tener hijos porque mi marido si lo quiere.	30	25.00
5. Sin respuesta.	5	4.16
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 8
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE LA TALLA MENOR A 1.50 CMS. ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL
MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 33.34% de las mujeres embarazadas que la talla menor a 1.50 centímetros es factor de riesgo y el 10% conoce que la talla menor de 1.50 centímetros no puede crecer, ni desarrollarse dado el tamaño del útero de la mujer.

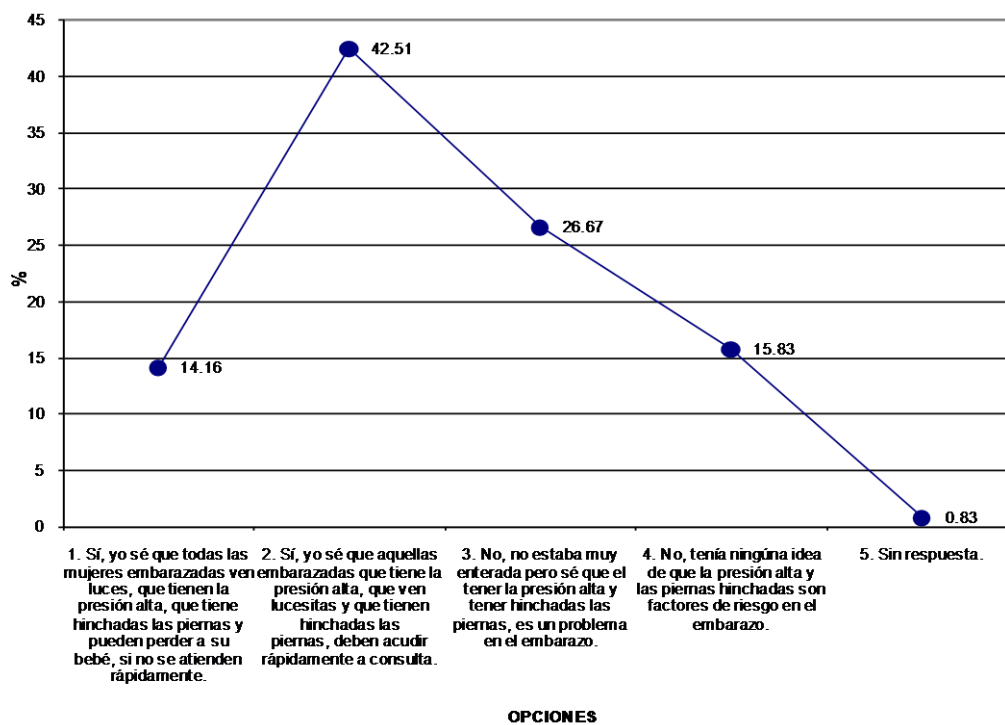
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 9
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE LA PREECLAMPSIA (AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL,
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, VER LUCESITAS, ZUMBIDO DE OÍDOS) ES
UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que todas las mujeres embarazadas ven luces, que tienen la presión alta, que tiene hinchadas las piernas y pueden perder a su bebé, si no se atienden rápidamente.	17	14.16
2. Sí, yo sé que aquellas embarazadas que tiene la presión alta, que ven lucesitas y que tienen hinchadas las piernas, deben acudir rápidamente a consulta.	51	42.51
3. No, no estaba muy enterada pero sé que el tener la presión alta y tener hinchadas las piernas, es un problema en el embarazo.	32	26.67
4. No, tenía ninguna idea de que la presión alta y las piernas hinchadas son factores de riesgo en el embarazo.	19	15.83
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 9
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE LA PREECLAMPSIA (AUMENTO DE LA PRESIÓN
ARTERIAL, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, VER LUCESITAS, ZUMBIDO DE
OÍDOS) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN EL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 42.51% de las mujeres embarazadas sabe sobre los signos y síntomas de la preeclampsia y 14.16% que presentan signos y síntomas de preeclampsia puede perder a su bebé

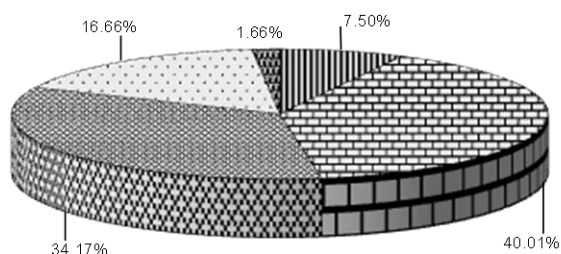
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 10
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que la desnutrición en el embarazo es un factor de riesgo por eso, como carbohidratos, proteínas, grasas y vitaminas, balanceadas para nutrir a mi bebé	9	7.50
2. Sí, yo sé que la desnutrición en el embarazo es un factor de riesgo, pero yo hago lo posible por nutrirme bien para mi bebé.	48	40.01
3. Yo sé que la desnutrición es un factor de riesgo, pero aquí no hay manera de nutrirse porque los alimentos que consumimos no son los adecuados.	41	34.17
4. Yo no sabía que la desnutrición era un factor de riesgo, pero aquí solo comemos lo que encontramos.	20	16.66
5. Sin respuesta.	2	1.66
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 10
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



1. Sí, yo sé que la desnutrición en el embarazo es un factor de riesgo por eso, como carbohidratos, proteínas, grasas y vitaminas, balanceadas para nutrir a mi bebé

2. Sí, yo sé que la desnutrición en el embarazo es un factor de riesgo, pero yo hago lo posible por nutrirme bien para mi bebé.

3. Yo sé que la desnutrición es un factor de riesgo, pero aquí no hay manera de nutrirse porque los alimentos que consumimos no son los adecuados.

4. Yo no sabía que la desnutrición era un factor de riesgo, pero aquí solo comemos lo que encontramos.

5. Sin respuesta.

OBSERVACIONES: El 40.01% de las mujeres embarazadas saben que la desnutrición es un factor de riesgo y el 7.50% consumen carbohidratos, proteínas, grasas y vitaminas balanceadas para nutrir a su bebé.

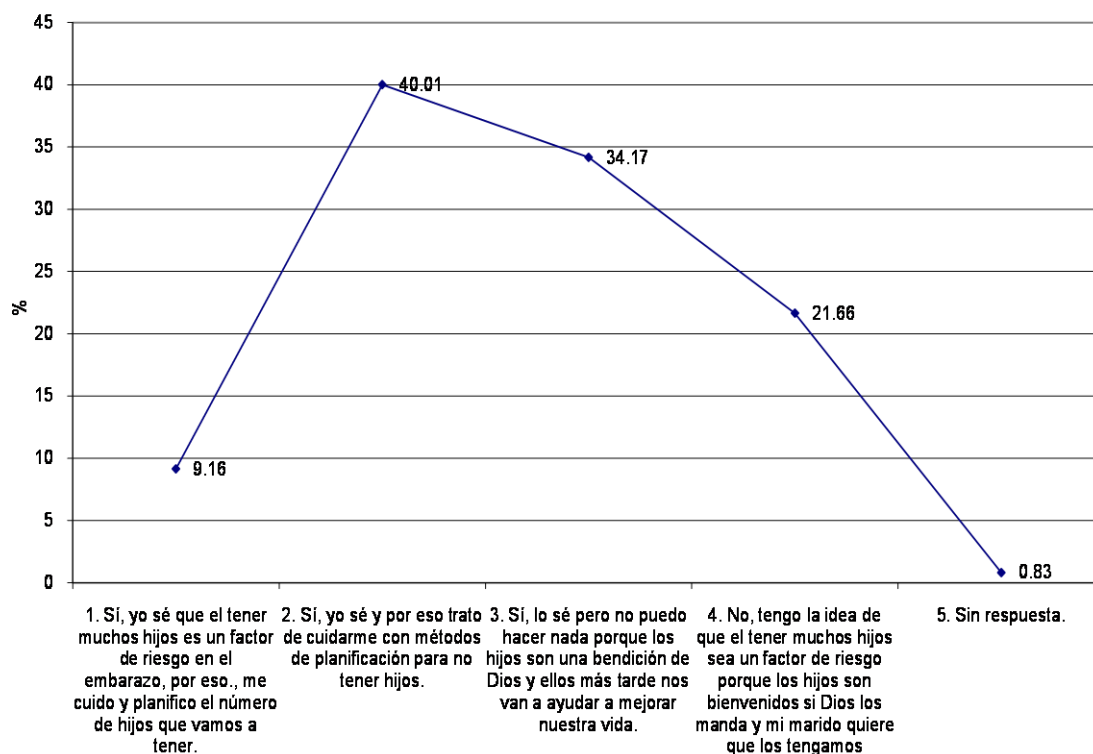
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 11
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL TENER MUCHOS HIJOS ES UN FACTOR DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO
DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que el tener muchos hijos es un factor de riesgo en el embarazo, por eso., me cuido y planifico el número de hijos que vamos a tener.	11	9.16
2. Sí, yo sé y por eso trato de cuidarme con métodos de planificación para no tener hijos.	48	40.01
3. Sí, lo sé pero no puedo hacer nada porque los hijos son una bendición de Dios y ellos más tarde nos van a ayudar a mejorar nuestra vida.	41	34.17
4. No, tengo la idea de que el tener muchos hijos sea un factor de riesgo porque los hijos son bienvenidos si Dios los manda y mi marido quiere que los tengamos	26	21.66
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 11
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE EL TENER MUCHOS HIJOS ES UN FACTOR DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL
MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 40.01% de las mujeres embarazadas conocen los métodos de planificación familiar para no embarazarse y el 9.16% sabe que el tener muchos hijos es un factor de riesgo.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

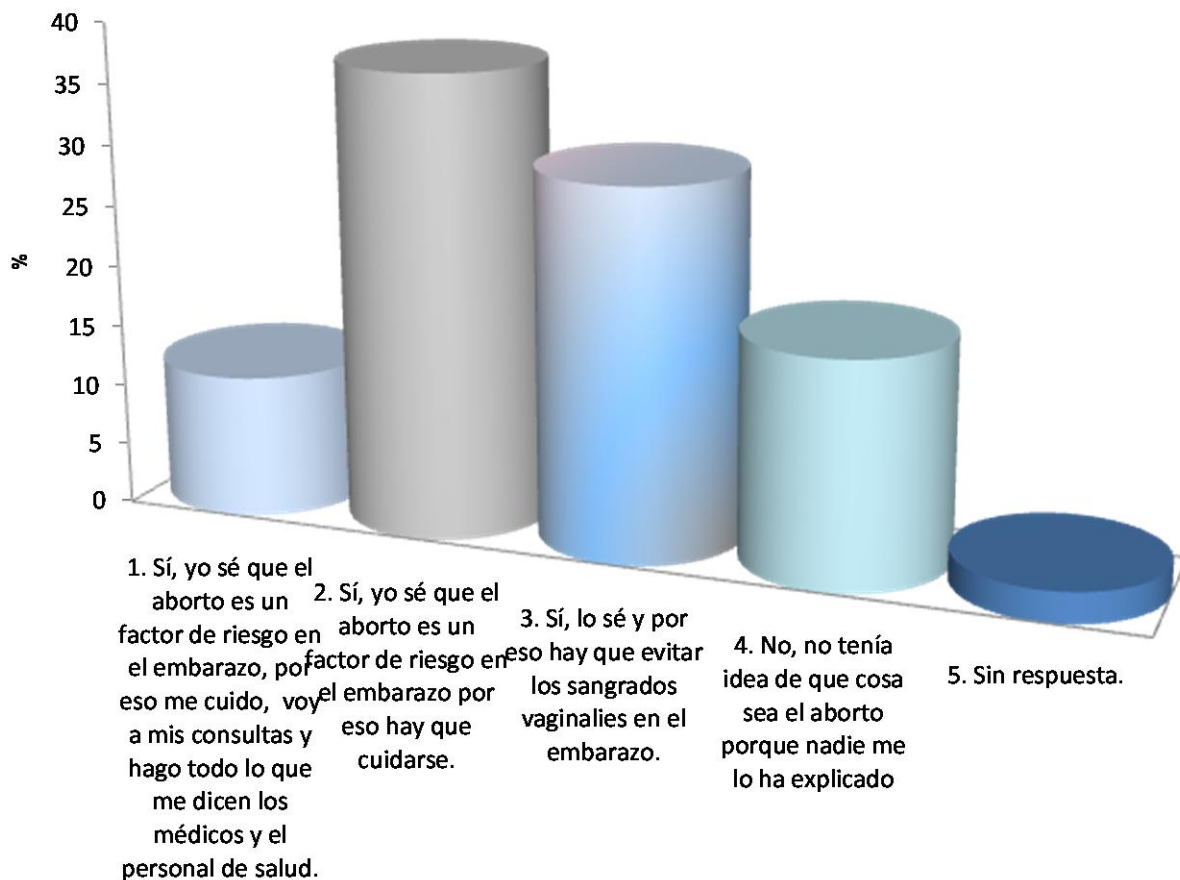
CUADRO No. 12
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL ABORTO ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que el aborto es un factor de riesgo en el embarazo, por eso me cuido, voy a mis consultas y hago todo lo que me dicen los médicos y el personal de salud.	14	11.66
2. Sí, yo sé que el aborto es un factor de riesgo en el embarazo por eso hay que cuidarse.	45	37.51
3. Sí, lo sé y por eso hay que evitar los sangrados vaginales en el embarazo.	36	30.00
4. No, no tenía idea de que cosa sea el aborto porque nadie me lo ha explicado	22	18.33
5. Sin respuesta.	3	2.50
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 12

DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE EL ABORTO ES UN FACTOR DE RIESGO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
20



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 37.51 de las mujeres embarazadas sabe que el aborto es un factor de riesgo y el 11.66% conoce que el aborto es un riesgo por eso acude a consulta.

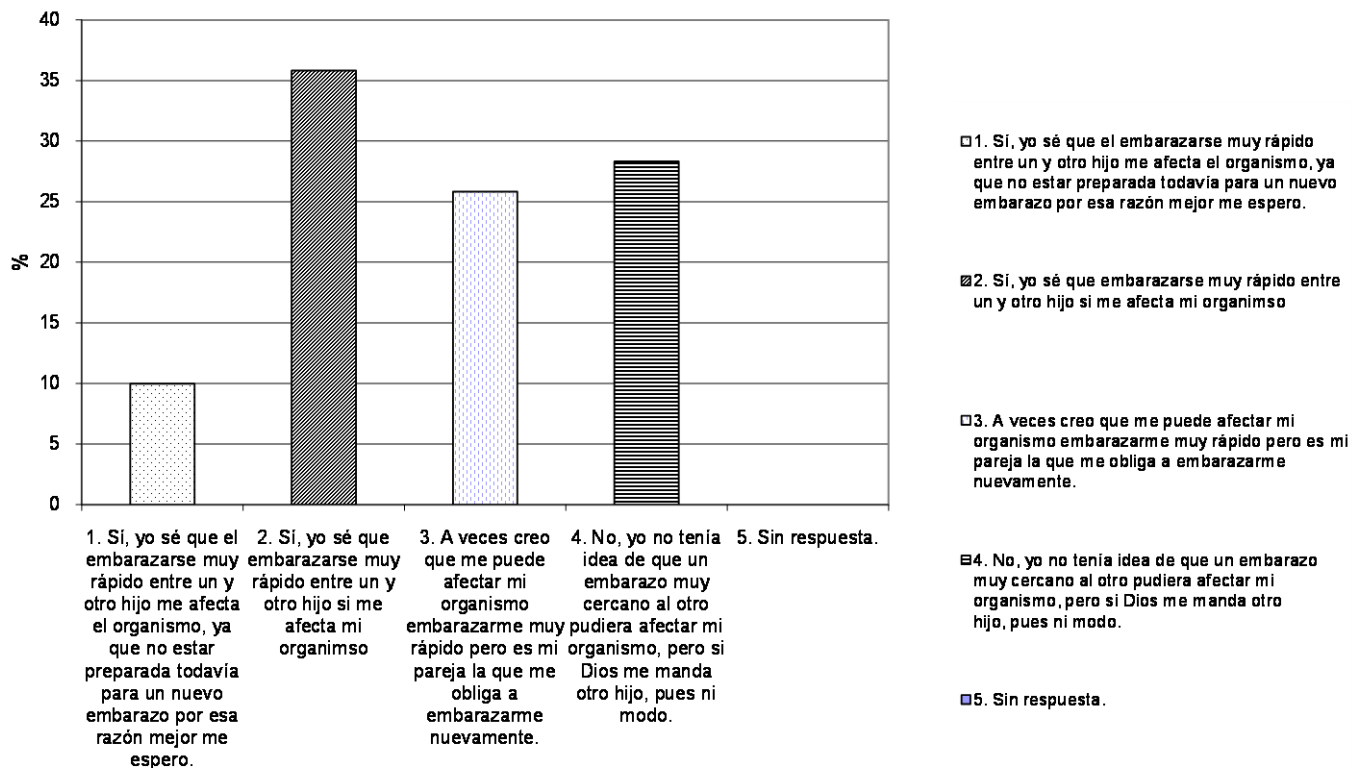
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL TENER EMBARAZOS EN CORTOS TIEMPOS ES UN
FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que el embarazarse muy rápido entre un y otro hijo me afecta el organismo, ya que no estar preparada todavía para un nuevo embarazo por esa razón mejor me espero.	12	10.00
2. Sí, yo sé que embarazarse muy rápido entre un y otro hijo si me afecta mi organismo	43	35.84
3. A veces creo que me puede afectar mi organismo embarazarme muy rápido pero es mi pareja la que me obliga a embarazarme nuevamente.	31	25.83
4. No, yo no tenía idea de que un embarazo muy cercano al otro pudiera afectar mi organismo, pero si Dios me manda otro hijo, pues ni modo.	34	28.33
5. Sin respuesta.	0	0.00
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 13
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE EL TENER EMBARAZOS EN CORTOS TIEMPOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS,
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 35.84% de las mujeres embarazadas conoce que un embarazo rápido entre uno y otro afecta su organismo reproductor y el 10% sabe que el organismo entre uno y otro embarazo no esta preparado para un nuevo embarazo.

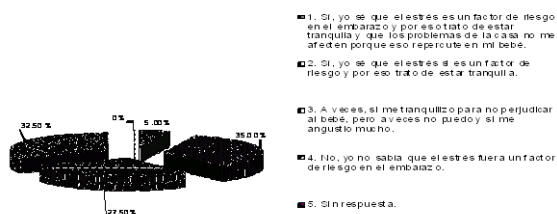
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 14
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL ESTRÉS (A CAUSA DE PROBLEMAS EN EL
HOGAR, PROBLEMAS CON SU PAREJA) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que el estrés es un factor de riesgo en el embarazo y por eso trato de estar tranquila y que los problemas de la casa no me afecten porque eso repercute en mi bebé.	6	5.00
2. Sí, yo sé que el estrés si es un factor de riesgo y por eso trato de estar tranquila.	42	35.00
3. A veces, si me tranquilizo para no perjudicar al bebé, pero a veces no puedo y si me angustio mucho.	33	27.50
4. No, yo no sabía que el estrés fuera un factor de riesgo en el embarazo.	39	32.50
5. Sin respuesta.	0	0.00
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 14
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL ESTRÉS (A CAUSA DE PROBLEMAS EN EL HOGAR,
PROBLEMAS CON SU PAREJA) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO,
EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 35% de las mujeres embarazadas saben que el estrés es un factor de riesgo y el 5% conocen que el estrés es un factor de riesgo por eso tratan de estar tranquilas y los problemas de la casa no afecten.

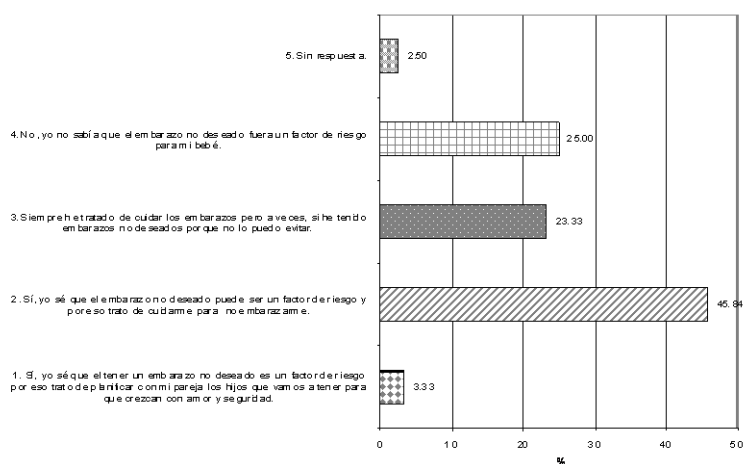
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 15
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ES UN FACTOR DE
RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN
EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que el tener un embarazo no deseado es un factor de riesgo por eso trato de planificar con mi pareja los hijos que vamos a tener para que crezcan con amor y seguridad.	4	3.33
2. Sí, yo sé que el embarazo no deseado puede ser un factor de riesgo y por eso trato de cuidarme para no embarazarme.	55	45.84
3. Siempre he tratado de cuidar los embarazos pero a veces, si he tenido embarazos no deseados porque no lo puedo evitar.	28	23.33
4. No, yo no sabía que el embarazo no deseado fuera un factor de riesgo para mi bebé.	30	25.00
5. Sin respuesta.	3	2.50
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 15
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ES UN FACTOR DE
RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN
EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 45.84% de las mujeres embarazadas saben que el embarazo no deseado es factor de riesgo y el 3.33% conoce que el embarazo no deseado es factor de riesgo por eso planifica con su pareja.

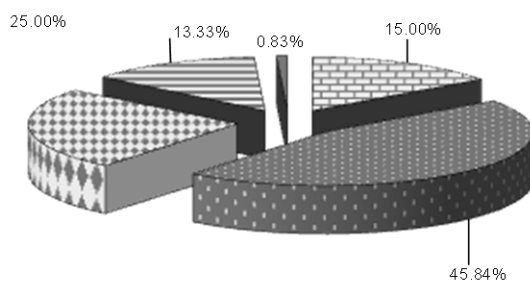
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL APOYO DE LA PAREJA ES IMPORTANTE DURANTE EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE
MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo sé que el apoyo de la pareja es importante y fundamental para que un embarazo marche bien sin riesgos, dado que con el amor y la comprensión de la pareja el embarazo puede llegar a feliz término.	18	15.00
2. Sí, yo creo que el apoyo de la pareja es fundamental para llevar un embarazo sin riesgo.	55	45.84
3. A veces es importante el apoyo de la pareja, pero cuando no se tiene este apoyo, entonces hay que enfrentar a solas el embarazo.	30	25.00
4. No, no tenía idea que el apoyo de la pareja fuera importante durante el embarazo, ya que muchas mujeres con o sin apoyo, tiene a sus hijos.	16	13.33
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 16
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE EL APOYO DE LA PAREJA ES IMPORTANTE DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



■ 1. Si, yo sé que el apoyo de la pareja es importante y fundamental para que un embarazo marche bien sin riesgos, dado que con el amor y la comprensión de la pareja el embarazo puede llegar a feliz término.

■ 2. Si, yo creo que el apoyo de la pareja es fundamental para llevar un embarazo sin riesgo.

■ 3. A veces es importante el apoyo de la pareja, pero cuando no se tiene este apoyo, entonces hay que enfrentar a solas el embarazo.

■ 4. No, no tenía idea que el apoyo de la pareja fuera importante durante el embarazo, ya que muchas mujeres con o sin apoyo, tiene a sus hijos.

■ 5. Sin respuesta.

OBSERVACIONES: El 45.84% de las mujeres embarazadas creen que el apoyo de la pareja es fundamental y el 13.33% no tienen idea que el apoyo de la pareja fuera importante durante el embarazo.

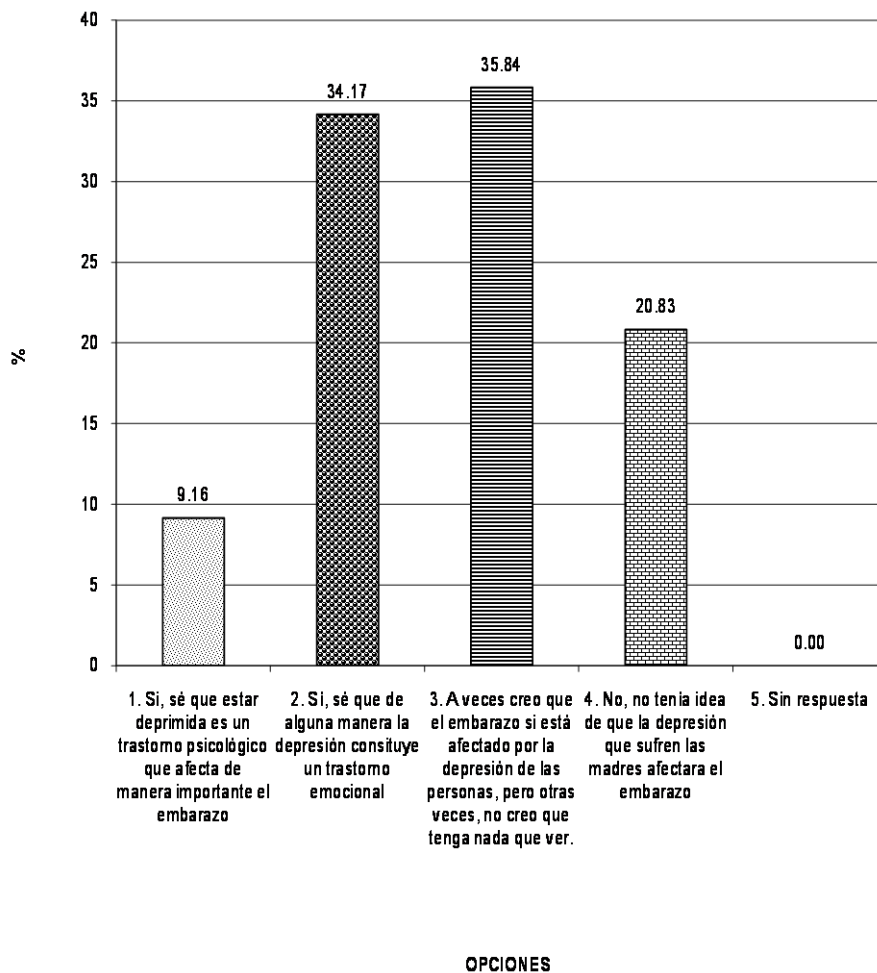
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 17
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE LA DEPRESIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE
MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Si, sé que estar deprimida es un trastorno psicológico que afecta de manera importante el embarazo	11	9.16
2. Sí, sé que de alguna manera la depresión consituye un trastorno emocional	41	34.17
3. A veces creo que el embarazo si está afectado por la depresión de las personas, pero otras veces, no creo que tenga nada que ver.	43	35.84
4. No, no tenía idea de que la depresión que sufren las madres afectara el embarazo	25	20.83
5. Sin respuesta	0	0.00
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 17
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE LA DEPRESIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 35.84% de las mujeres embarazadas cree que la depresión afecta en el embarazo y el 9.16% sabe que estar deprimida es trastorno psicológico y afecta a su embarazo.

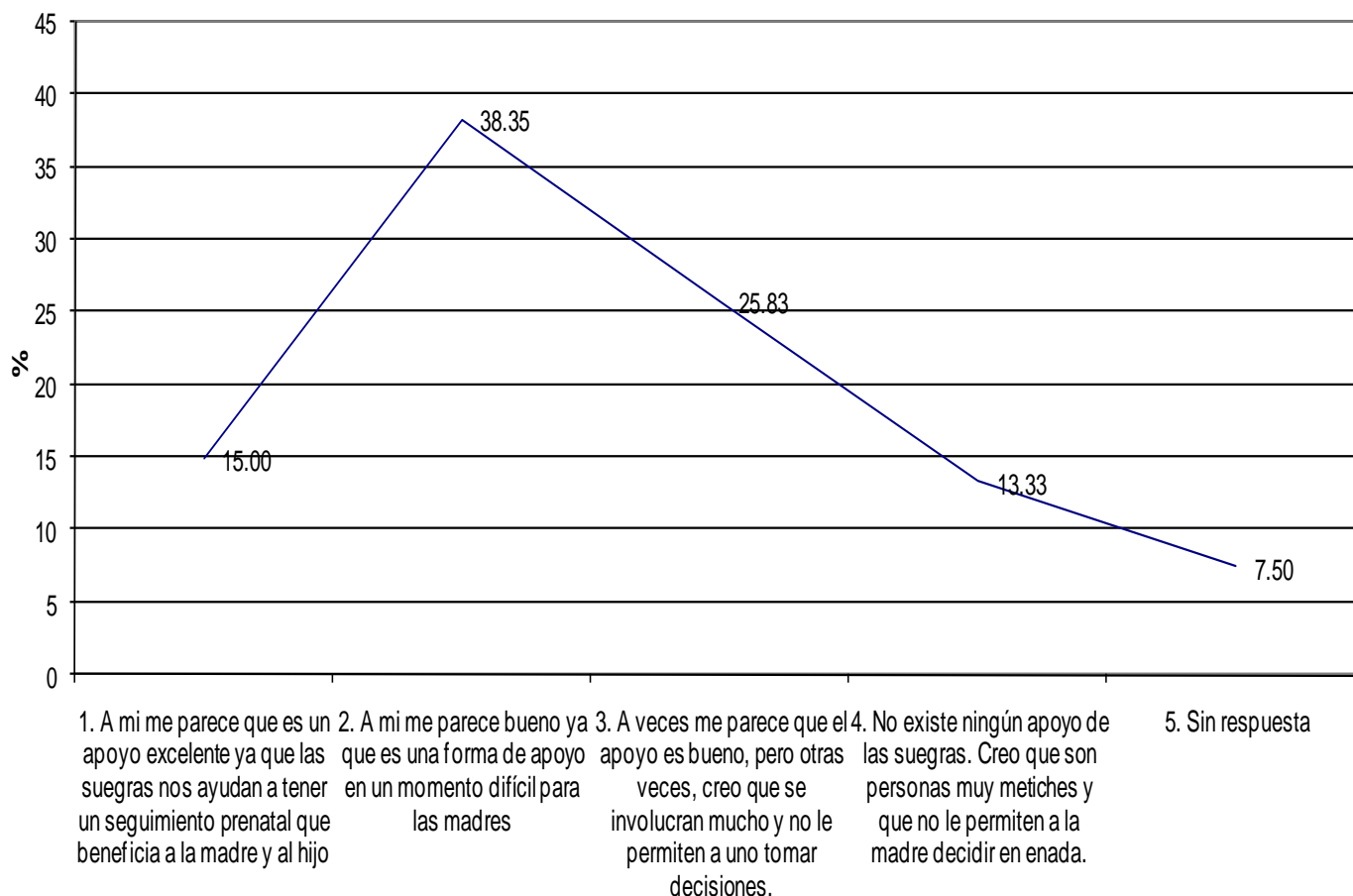
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 18
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI CONSIDERAN EL APOYO DE SU SUEGRA DURANTE EL EMBARAZO, EN
EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. A mi me parece que es un apoyo excelente ya que las suegras nos ayudan a tener un seguimiento prenatal que beneficia a la madre y al hijo	18	15.00
2. A mi me parece bueno ya que es una forma de apoyo en un momento difícil para las madres	46	38.35
3. A veces me parece que el apoyo es bueno, pero otras veces, creo que se involucran mucho y no le permiten a uno tomar decisiones.	31	25.83
4. No existe ningún apoyo de las suegras. Creo que son personas muy metiches y que no le permiten a la madre decidir en enada.	16	13.33
5. Sin respuesta	9	7.50
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 18
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI CONSIDERAN
EL APOYO DE SU SUEGRA DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 38.34% de las mujeres embarazadas está de acuerdo que el apoyo de la suegra es bueno durante el embarazo y el 13.33% niega apoyo de la suegra en su embarazo.

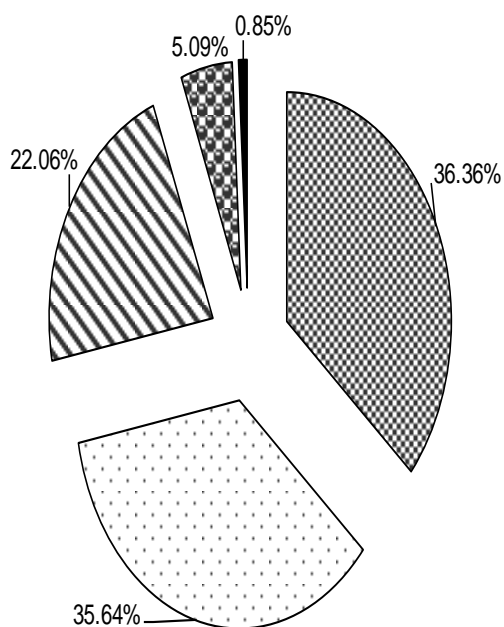
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 19
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI EN SUS EMBARAZOS ACOSTUMBRAN ASISTIR A SUS CONSULTAS
MÉDICAS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo siempre voy a mis consultas prenatales para tener un seguimiento del embarazo y atender cualquier riesgo que se presente. Además, después de 5 consultas, mi parto es gratuito.	45	35.71
2. Sí, yo acostumbro asistir la mayoría de la veces a las consultas, buscando que mi parto sea gratuito.	42	35.00
3. A veces si asisto a la consulta cuando me llevan, pero otras veces, no lo hago porque no tengo quien me acompañe.	26	21.66
4. No, yo no acostumbro asistir a las consultas, a pesar de los riesgos que pueda tener en el embarazo.	6	5.00
5. Sin respuesta	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 19
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI EN SUS
EMBARAZOS ACOSTUMBRAN ASISTIR A SUS CONSULTAS MÉDICAS, EN EL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



- ☑ 1. Sí, yo siempre voy a mis consultas prenatales para tener un seguimiento del embarazo y atender cualquier riesgo que se presente. Además, después de 5 consultas, mi parto es gratuito.
- ☑ 2. Sí, yo acostumbro asistir la mayoría de la veces a las consultas, buscando que mi parto sea gratuito.
- ☑ 3. A veces si asisto a la consulta cuando me llevan, pero otras veces, no lo hago porque no tengo quien me acompañe.
- ☑ 4. No, yo no acostumbro asistir a las consultas, a pesar de los riesgos que pueda tener en el embarazo.
- 5. Sin respuesta

OBSERVACIONES: El 37.51 % de las mujeres embarazadas acuden a las consultas prenatales para su parto gratuito y el 5% no acude a consulta a pesar de riesgo que puedan presentar.

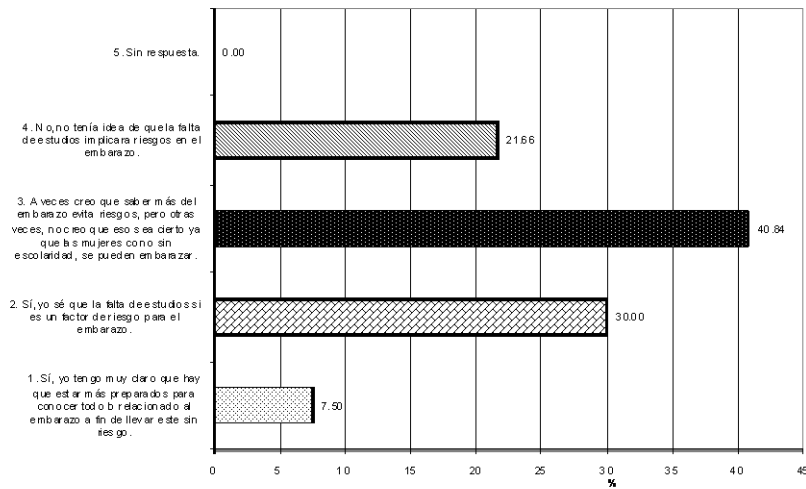
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO
A QUE SI SABÍAN QUE LA FALTA DE ESTUDIOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN
EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE
MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo tengo muy claro que hay que estar más preparados para conocer todo lo relacionado al embarazo a fin de llevar este sin riesgo.	9	7.50
2. Sí, yo sé que la falta de estudios si es un factor de riesgo para el embarazo.	36	30.00
3. A veces creo que saber más del embarazo evita riesgos, pero otras veces, no creo que eso sea cierto ya que las mujeres con o sin escolaridad, se pueden embarazar.	49	40.84
4. No, no tenía idea de que la falta de estudios implicara riesgos en el embarazo.	26	21.66
5. Sin respuesta.	0	0.00
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 20
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE LA FALTA DE ESTUDIOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO
DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 40.84% de las mujeres embarazadas con falta de estudio creen que con o sin escolaridad se pueden embarazar y el 9.50% conoce que estar preparada y conocer todo lo relacionado al embarazo a fin de llevar esto sin riesgo.

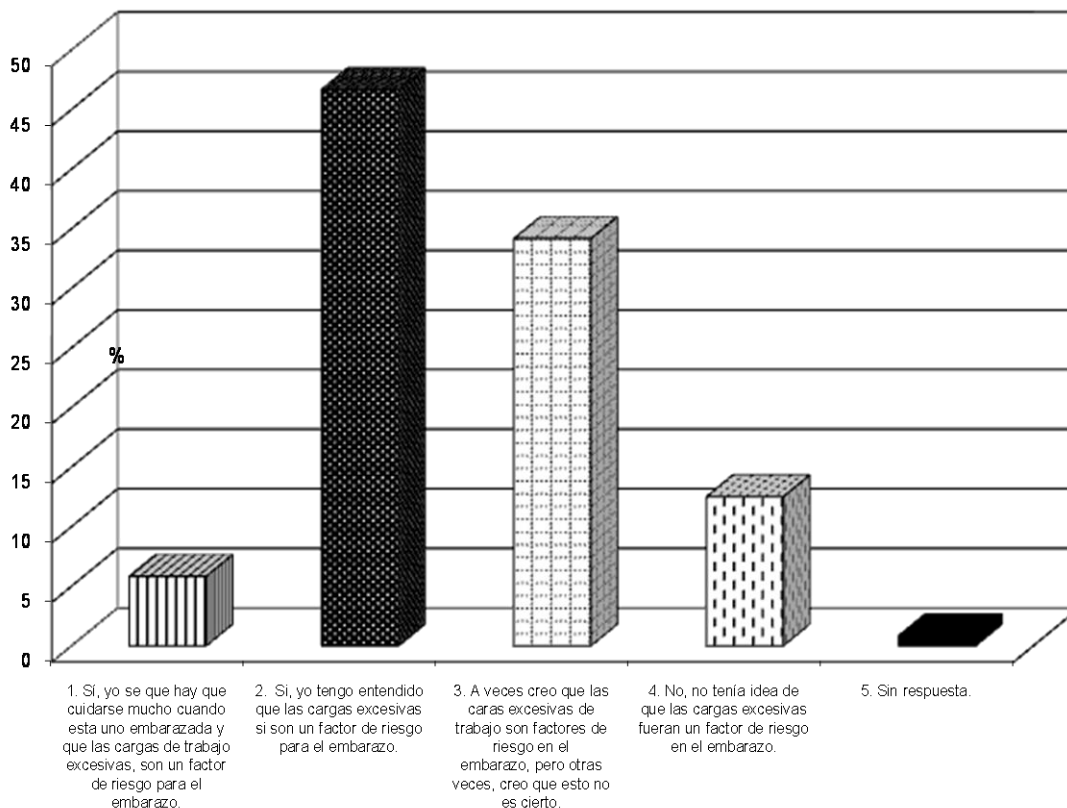
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 21
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE LAS CARGAS DE TRABAJO EXCESIVAS SON UN FACTOR
DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo se que hay que cuidarse mucho cuando esta uno embarazada y que las cargas de trabajo excesivas, son un factor de riesgo para el embarazo.	7	5.83
2. Si, yo tengo entendido que las cargas excesivas si son un factor de riesgo para el embarazo.	56	46.67
3. A veces creo que las caras excesivas de trabajo son factores de riesgo en el embarazo, pero otras veces, creo que esto no es cierto.	41	34.17
4. No, no tenía idea de que las cargas excesivas fueran un factor de riesgo en el embarazo.	15	12.50
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 21
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES, EN TORNO A QUE SI SABÍAN QUE LAS
CARGAS DE TRABAJO EXCESIVAS SON UN FACTOR DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, EN
EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 46.67% de las mujeres embarazadas entienden que las cargas excesivas de trabajo es factor de riesgo y el 5.38% sabe que el cuidarse mucho cuando esta embarazada no hay factor de riesgo

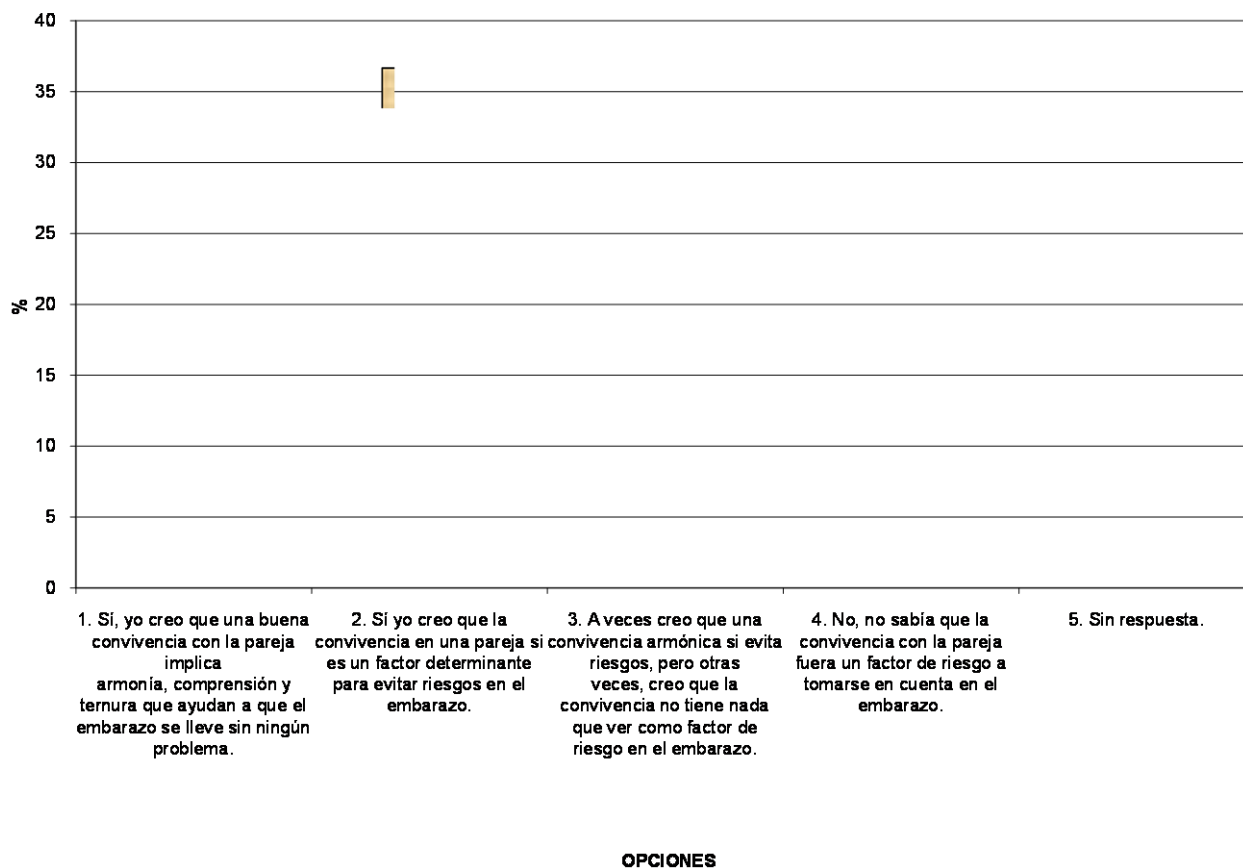
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 22
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE LA CONVIVENCIA CON SU PAREJA EVITA EL FACTOR DE
RIESGO EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL
ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo creo que una buena convivencia con la pareja implica armonía, comprensión y ternura que ayudan a que el embarazo se lleve sin ningún problema.	21	17.50
2. Sí yo creo que la convivencia en una pareja si es un factor determinante para evitar riesgos en el embarazo.	44	36.67
3. A veces creo que una convivencia armónica si evita riesgos, pero otras veces, creo que la convivencia no tiene nada que ver como factor de riesgo en el embarazo.	32	26.67
4. No, no sabía que la convivencia con la pareja fuera un factor de riesgo a tomarse en cuenta en el embarazo.	22	18.33
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 22
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE LA CONVIVENCIA CON SU PAREJA EVITA EL FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO, EN
EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 36.67% de las mujeres embarazadas saben que la convivencia con su pareja es un factor determinante para evitar riesgos en el embarazo y el 17.50% cree que una buena convivencia con la pareja implica armonía, comprensión y ternura ayuda en el embarazo.

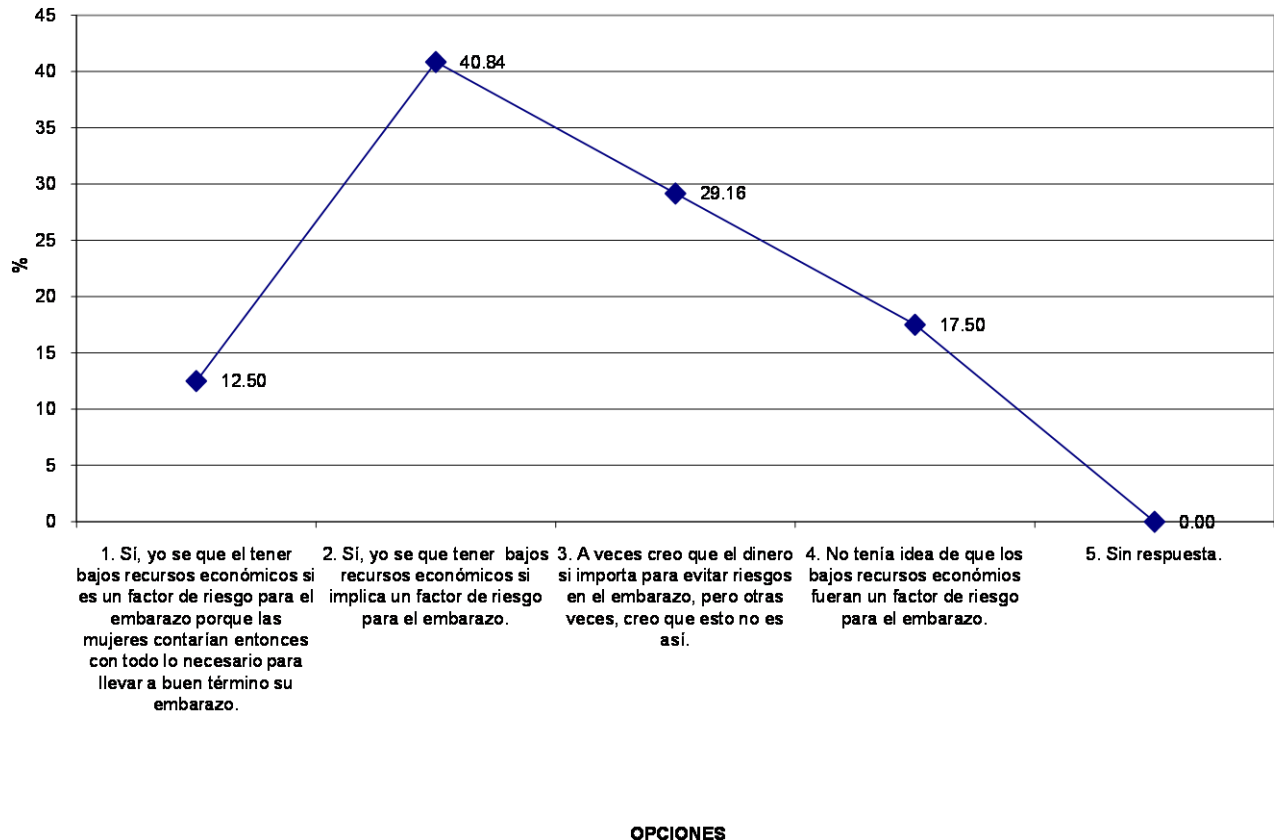
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL TENER BAJOS RECURSOS (FALTA DE DINERO) ES UN
FACTOR DE RIESGO PARA EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE
IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo se que el tener bajos recursos económicos si es un factor de riesgo para el embarazo porque las mujeres contarían entonces con todo lo necesario para llevar a buen término su embarazo.	15	12.50
2. Sí, yo se que tener bajos recursos económicos si implica un factor de riesgo para el embarazo.	49	40.84
3. A veces creo que el dinero si importa para evitar riesgos en el embarazo, pero otras veces, creo que esto no es así.	35	29.16
4. No tenía idea de que los bajos recursos económicos fueran un factor de riesgo para el embarazo.	21	17.50
5. Sin respuesta.	0	0.00
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 23
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADS, EN TORNTO A QUE SI SABÍAN
QUE EL TENER BAJOS RECURSOS (FALTA DE DINERO) ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 40.84% de las mujeres embarazadas saben que tener bajos recursos económicos implica un factor de riesgo en el embarazo y el 12.50% conocen que tener bajos recursos económicos si es factor porque las embarazadas contarían entonces con todo lo necesario para llevar un buen término el embarazo.

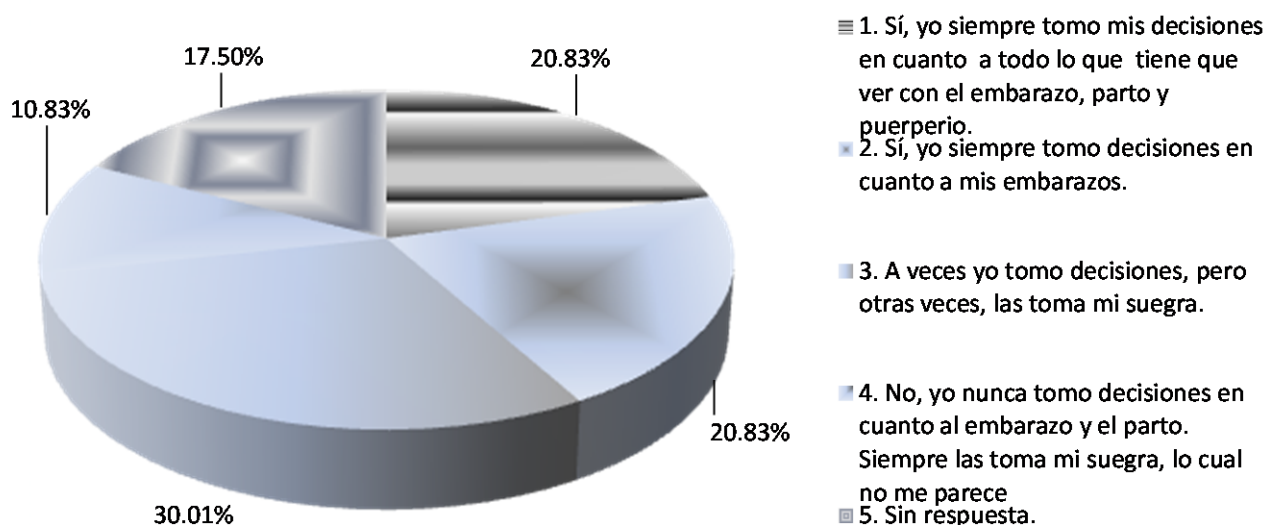
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 24
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO
A QUE SI TOMAN DECISIONES EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE
PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo siempre tomo mis decisiones en cuanto a todo lo que tiene que ver con el embarazo, parto y puerperio.	25	20.83
2. Sí, yo siempre tomo decisiones en cuanto a mis embarazos.	25	20.83
3. A veces yo tomo decisiones, pero otras veces, las toma mi suegra.	36	30.01
4. No, yo nunca tomo decisiones en cuanto al embarazo y el parto. Siempre las toma mi suegra, lo cual no me parece	13	10.83
5. Sin respuesta.	21	17.50
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 24
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI TOMAN
DECISIONES EN EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE
MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 30.01% de las mujeres embarazadas ella toma la decisión y el 10.83% ellas nunca toman decisiones en cuanto a su embarazo y el parto.

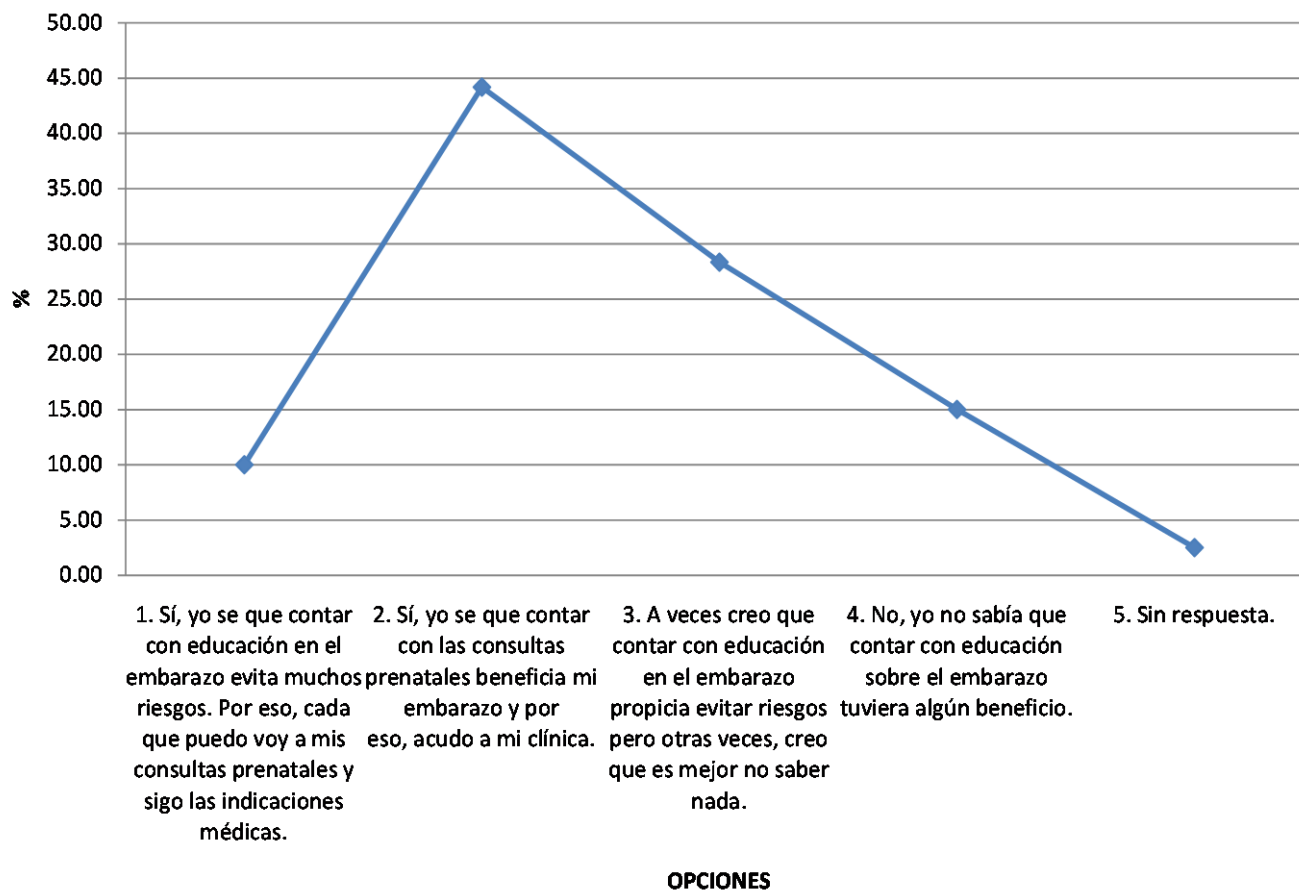
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 25
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE CONTAR CON EDUCACIÓN REPRODUCTIVA EVITA RIESGOS
DURANTE EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL
ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo se que contar con educación en el embarazo evita muchos riesgos. Por eso, cada que puedo voy a mis consultas prenatales y sigo las indicaciones médicas.	12	10.00
2. Sí, yo se que contar con las consultas prenatales beneficia mi embarazo y por eso, acudo a mi clínica.	53	44.17
3. A veces creo que contar con educación en el embarazo propicia evitar riesgos pero otras veces, creo que es mejor no saber nada.	34	28.33
4. No, yo no sabía que contar con educación sobre el embarazo tuviera algún beneficio.	18	15.00
5. Sin respuesta.	3	2.50
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 25
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI SABÍAN
QUE CONTAR CON EDUCACIÓN REPRODUCTIVA EVITA RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO, EN
EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 44.17% de las mujeres embarazadas tienen educación reproductiva por eso acuden a su consulta prenatal y el 10% conoce que contar con educación en el embarazo evita riesgos.

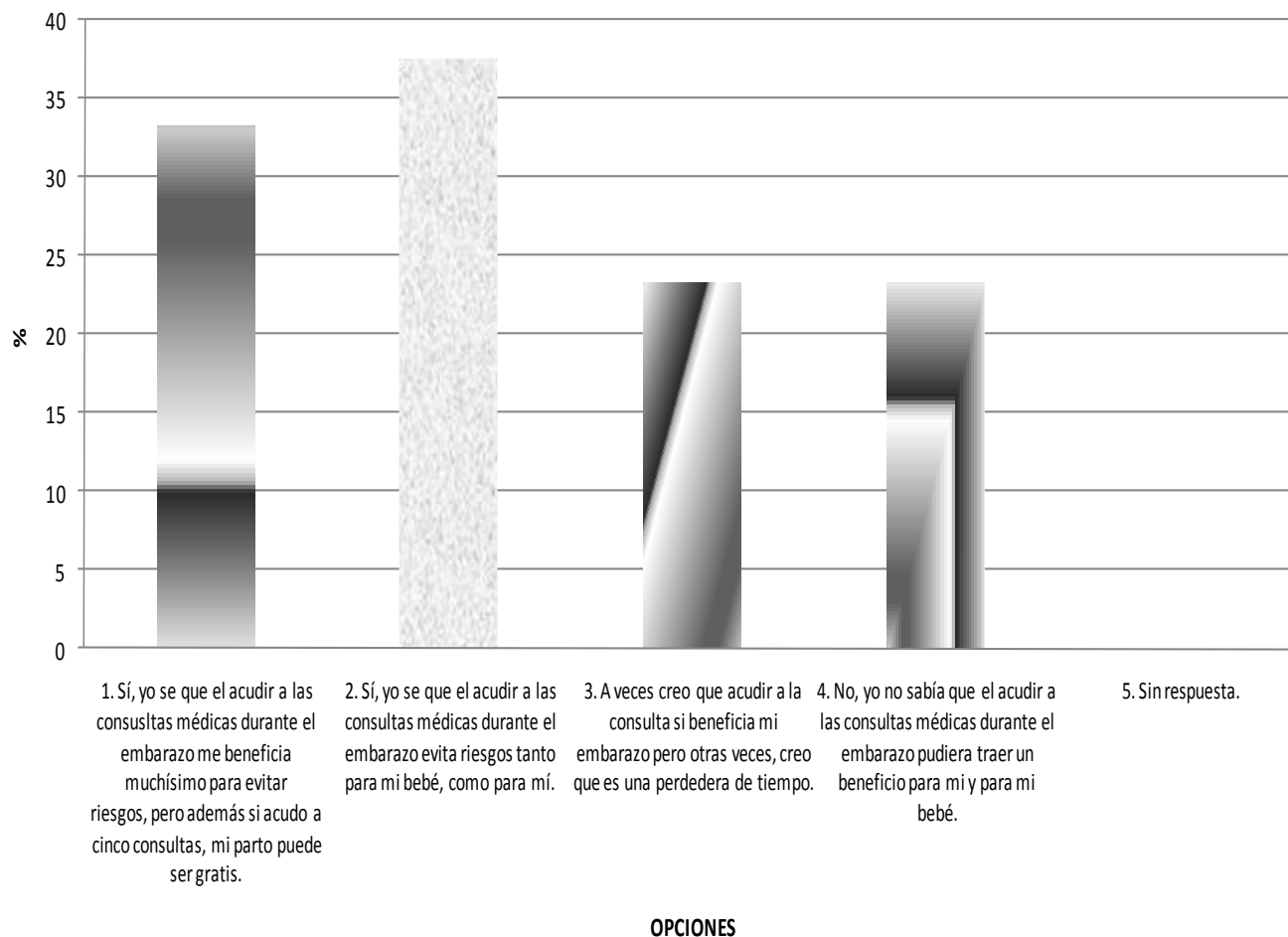
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 26
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
QUE SI SABÍAN QUE EL ACUDIR A LAS CONSULTAS MÉDICAS DURANTE EL
EMBARAZO EVITA RIESGOS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL
ESTADO DE MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo se que el acudir a las consusltas médicas durante el embarazo me beneficia muchísimo para evitar riesgos, pero además si acudo a cinco consultas, mi parto puede ser gratis.	40	33.33
2. Sí, yo se que el acudir a las consultas médicas durante el embarazo evita riesgos tanto para mi bebé, como para mí.	45	37.51
3. A veces creo que acudir a la consulta si beneficia mi embarazo pero otras veces, creo que es una perdedera de tiempo.	28	23.33
4. No, yo no sabía que el acudir a las consultas médicas durante el embarazo pudiera traer un beneficio para mi y para mi bebé.	7	23.33
5. Sin respuesta.	0	0.00
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 26
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A QUE SI
SABÍAN QUE EL ACUDIR A LAS CONSULTAS MÉDICAS DURANTE EL EMBARAZO EVITA
RIESGOS, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 37.51% de las mujeres embarazadas saben que acudir a las consultas médicas evita riesgo y el 5.83% no sabía que el acudir a consulta pudiera tener beneficio en el embarazo.

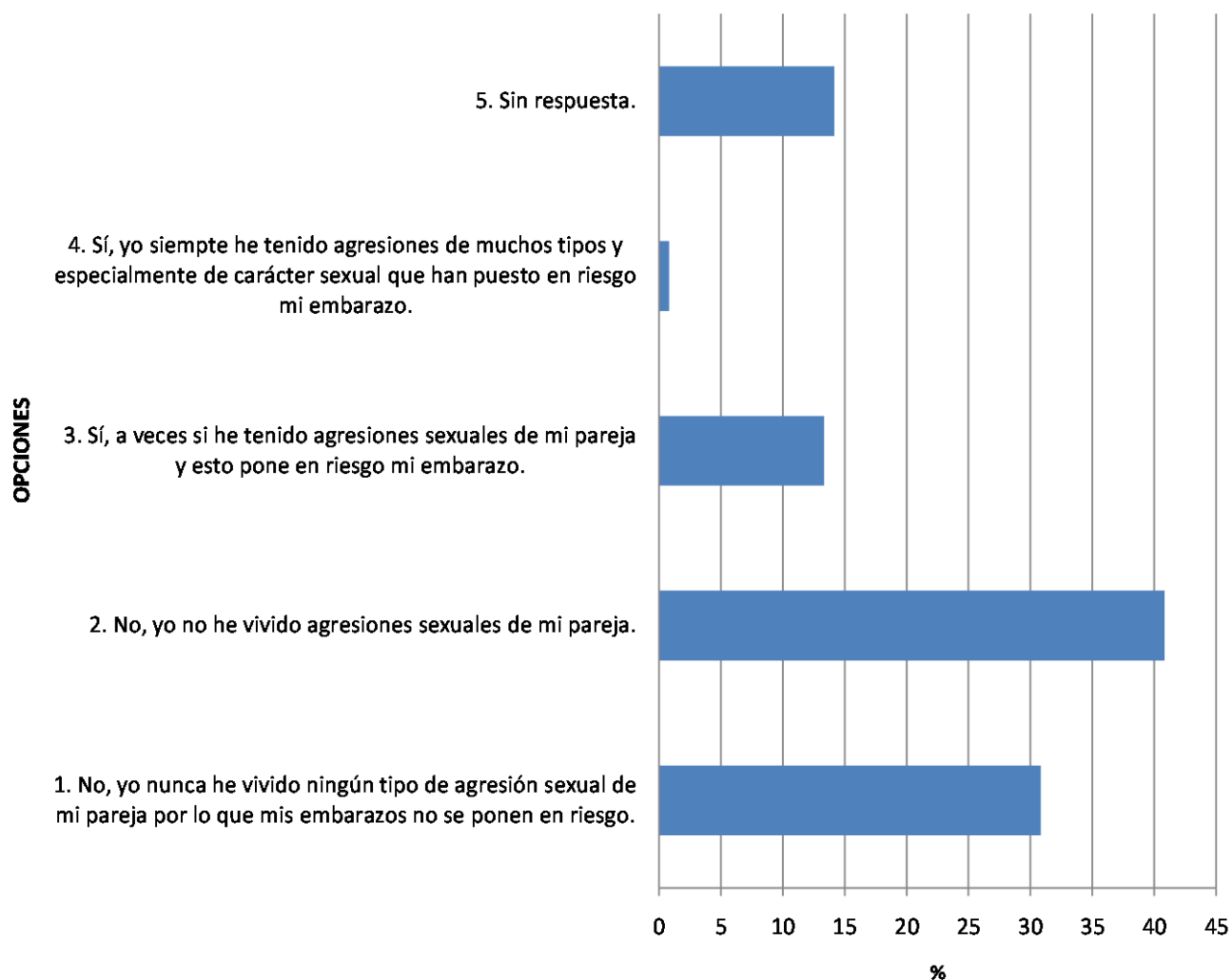
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 27
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO SI
VIVEN AGRESIONES SEXUALES DE SU PAREJA QUE PONE EN RIESGO EL
EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE
MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. No, yo nunca he vivido ningún tipo de agresión sexual de mi pareja por lo que mis embarazos no se ponen en riesgo.	37	30.84
2. No, yo no he vivido agresiones sexuales de mi pareja.	49	40.84
3. Sí, a veces si he tenido agresiones sexuales de mi pareja y esto pone en riesgo mi embarazo.	16	13.33
4. Sí, yo siempre he tenido agresiones de muchos tipos y especialmente de carácter sexual que han puesto en riesgo mi embarazo.	1	0.83
5. Sin respuesta.	17	14.16
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 27
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A SI VIVEN
AGRESIONES SEXUALES DE SU PAREJA QUE PONE EN RIESGO EL EMBARAZO, EN EL MUNICIPIO
DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 40.84% de las mujeres embarazadas, no han vivido agresiones sexuales de su pareja y el 0.83% ha tenido agresiones de muchos tipos y especialmente de tipo sexual.

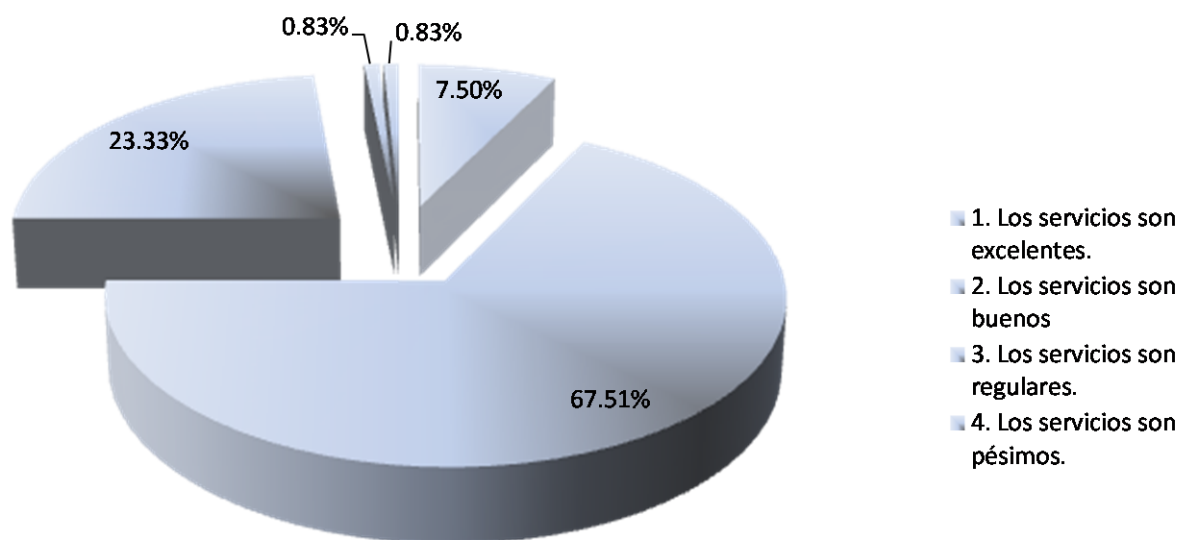
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 28
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A
COMO EVALÚAN LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE LE OTORGAN LOS SERVICIOS
DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE
MORELOS
2012

OPCIONES	F	%
1. Los servicios son excelentes.	9	7.50
2. Los servicios son buenos	81	67.51
3. Los servicios son regulares.	28	23.33
4. Los servicios son pésimos.	1	0.83
5. Sin respuesta.	1	0.83
TOTAL	120	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

GRAFICA No. 28
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, EN TORNO A COMO
EVALÚAN LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE LE OTORGAN LOS SERVICIOS DE SALUD, EN
EL MUNICIPIO DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS
2012



OBSERVACIONES: El 67.51% de las mujeres embarazadas evalúan los servicios son buenos y el 0.83% que son pésimos.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

4.3.1 Análisis descriptivo

La comprobación de hipótesis se realizó con la técnica de la Distribución Porcentual Decreciente. Para ello, fue necesario realizar un análisis descriptivo de cada dimensión estudiada: la dimensión sociodemográfica, la dimensión biológica, la dimensión psicológica y la sociocultural.

- En la dimensión biológica

En la Dimensión biológica se analizaron ocho ítems dentro de los que están: conocimiento de la edad menor 18 y mayor a 38 años, conocimiento del peso menor a 45 kilogramos. Conocimiento de la talla menor a 1.50 cms. conocimiento de la preeclampsia, de la desnutrición, de la multiparidad, del aborto y del periodo intergenésico. Los porcentajes tomados en el análisis fueron de las peores respuestas que dan las embarazadas de las opciones que tiene el instrumento y que dan idea que son las áreas problemáticas que las embarazadas manifiestan desde el punto de vista de la dimensión biológica, como a continuación se presentan en la Tabla No. 1.

TABLA No. 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DIMENSIÓN DE LAS
PEORES RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS

INDICADORES	%
Conocimiento de la edad menor a 18 y mayor a 38 años.	43.34
Conocimiento del peso menor a 45 kilogramos.	42.50
Conocimiento de la talla menor a 1.50 cms.	52.50
Conocimiento de la preeclampsia	42.50
Conocimiento de la desnutrición	50.83
Conocimiento de la multiparidad	55.83
Conocimiento del aborto	48.33
Conocimiento de período intergenésico	54.16

Entonces, al analizar la manera decreciente la Dimensión Biológica de ocho ítems estudiados, los ocho resultaron ser negativos lo que implica que las embarazadas desconocen totalmente la dimensión biológica del embarazo, así como sus factores de riesgo. Entre este desconocimiento destacan: el 54.16% del periodo intergenésico, el 52.50% de la talla menor a 1.50, el 50.83% de la desnutrición, el 55.83% de la multiparidad, el 43.34% del aborto y el 48.33% de la edad menor a 18 y mayor a 38 años. También en porcentajes menores pero muy significativos, está el 42.50% de desconocimiento como factor de riesgo del peso menor a 45 kilos y el 42.50% de la preeclampsia, como se observa en la Tabla No. 2.

TABLA No. 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LA DIMENSIÓN
BIOLÓGICA DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DIERON LAS
EMBARAZADAS

INDICADORES	%
Conocimiento del período intergenésico	54.16
Conocimiento de talla menor 1.50 cms.	52.50
Conocimiento de desnutrición	50.83
Conocimiento de multiparidad	55.83
Conocimiento de aborto	48.33
Conocimiento de edad menor a 18 y mayor a 38 años	43.34
Conocimiento de peso menor a 45 kilogramos.	42.50
Conocimiento de preeclampsia	42.50

Ítems: 8

Punto de Corte: 42.50%

Lo anterior significa que desde el punto de vista de la Dimensión biológico se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe un bajo nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla, del Municipio de Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

- En la Dimensión Psicológica

En cuanto a la Dimensión Psicológica se analizaron cinco ítems entre los que están: conocimiento del estrés del embarazo no deseado, del apoyo de la pareja, de la depresión, del apoyo de la suegra y de las costumbres de asistir a las consultas. En estos resultados, se obtuvo también indicadores negativos en todos ellos, lo que reafirma que aunque la embarazada le da mayor importancia al asunto biológico también desde el punto de vista psicológico está afectada, como se observa en la Tabla No. 3.

TABLA No. 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA
DE LAS PEORES RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS

INDICADORES	%
Conocimiento de estrés	60.00
Conocimiento de embarazo no deseado	48.33
Conocimiento de apoyo de la pareja	38.33
Conocimiento de la depresión	56.67
Conocimiento de apoyo de la suegra	39.16
Conocimiento de las costumbres de asistir a consultas	26.66

Ahora bien, al analizar las respuestas de manera decreciente se encontró que lo que más desconocimiento tiene la embarazada y que le implica un mayor factor de riesgo para ella, es el estrés en un 60%, la depresión en un 56.67%, el embarazo no deseado en un 48.33%, el apoyo de la suegra en un 39.16%, el apoyo de la pareja en un 38.33% y el uso de costumbres de asistir a consultas en un 26.66% como se observa en la Tabla No. 4.

TABLA No. 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LA DIMENSIÓN
PSICOLÓGICA DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DIERON LAS
EMBARAZADAS

INDICADORES	%
Conocimiento del estrés	60.00
Conocimiento de la depresión	56.67
Conocimiento de embarazo no deseado	48.33
Conocimiento del apoyo de la suegra	39.16
Conocimiento de apoyo de la pareja	38.33
Conocimiento de las costumbres de asistir a consultas	26.66

Ítems: 6

Punto de Corte: 26.66%

Entonces, con seis ítems analizados de los cuales cinco resultaron negativos, se comprueba una vez más en la dimensión psicológica la Hipótesis de trabajo que dice: H2: Existe un bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla del Municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

Así, al comprobar la hipótesis de trabajo se disprueba la hipótesis nula que dice: Ho. Existe un alto nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla del Municipio de Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

- En la Dimensión Sociocultural

Para la dimensión sociocultural se midieron nueve indicadores entre los que están: la baja escolaridad, las cargas de trabajo excesivas, la convivencia con la pareja, los bajos recursos económicos, la toma de decisiones, la educación reproductiva, el acudir a consultas médicas, las agresiones sexuales de la pareja y la calidad de los servicios clínicos que otorga el Centro de Salud, como se observa en la Tabla No. 5.

TABLA No. 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DIMENSIÓN
SOCIOCULTURAL DE LAS PEORES RESPUESTAS DE LAS
EMBARAZADAS

INDICADORES	%
Conocimiento de la baja escolaridad	62.50
Conocimiento de la cargas de trabajo excesivas	46.67
Conocimiento de la convivencia con la pareja	45.00
Conocimiento de los bajos recursos económicos	46.66
Conocimiento de la toma de decisiones	40.84
Conocimiento de la educación reproductiva	43.33
Conocimiento de la importancia de acudir a las consultas médicas	46.66
Conocimiento de las agresiones sexuales	14.16
Conocimiento de la calidad de los servicios clínicos	24.16

Ahora bien, desde el punto de vista de la Distribución Porcentual Decreciente de la Dimensión sociocultural, de nueve indicadores medidos, ocho resultaron negativos entre los cuales están: en un 62.50% la baja escolaridad, en un 46.67% las cargas de trabajo excesivas, en un 46.66% los bajos recursos económicos, en un 45% la convivencia con la pareja, en un 43.33% la educación reproductiva, en un 40.84% la toma de decisiones, en un 46.66% la importancia de acudir a las citas y consultas médicas y en un 24.16% el conocimiento

de la calidad de los servicios clínicos que otorgan los servicios de salud como se observa en la Tabla No. 6.

TABLA No. 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LA DIMENSIÓN
SOCIOCULTURAL DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DIERON
LAS EMBARAZADAS

INDICADORES	%
Conocimiento de la baja escolaridad	62.50
Conocimiento de las cargas de trabajo excesivas	46.67
Conocimiento de los bajos recursos económicos	46.66
Conocimiento de la convivencia con la pareja	45.00
Conocimiento de la educación reproductiva	43.33
Conocimiento de la toma de decisiones	40.84
Conocimiento de la importancia de acudir a las consultas médicas	46.66
Conocimiento de la calidad de los servicios clínicos que se otorgan	24.16
Conocimiento de las agresiones sexuales de la pareja	14.16

Ítems: 9

Punto de Corte: 24.16%

Lo anterior confirma de manera contundente la Hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe un bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla, del Municipio de Puente de Ixtla en el

Estado de Morelos. Por tanto, se disprueba la hipótesis nula que dice: Ho: Existe un alto nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla del Municipio Puente Ixtla, en el Estado de Morelos.

4.3.2 Análisis Inferencial

Desde el punto de vista inferencial se comprobó la hipótesis con dos técnicas estadísticas: la “t” de student y la ANOVA. Para ello, fue necesario hacer una ponderación Biopsicosocial en donde el aspecto de sin riesgo se maneja de 0 a 1.00; el bajo riesgo 0.01 a 2.00; el riesgo moderado de 2.01 a 3.00 y el alto riesgo de 3.01 a 4.00; como a continuación se presenta en la Tabla No. 7.

TABLA No. 7
PONDERACION DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL

NIVEL DE RIESGO	INDICE	CONCEPTOS
ALTO RIESGO	3.01 4.00	a Aumentan la probabilidad de daño para la mujer en el momento de la concepción el cual incluirá al producto. Lo cual implica brindar atención al binomio en una institución de tercer nivel para su control.
RIESGO MODERADO	2.01 3.00	– Son mujeres que presentaron varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para su salud materna o la del producto.
BAJO	1.01	– Se detectaron pocos factores que pongan

RIESGO	2.00	en riesgo la salud de la mujer o del feto; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.
SIN RIESGO	0 – 1.00	No se detectaron factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o del feto; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

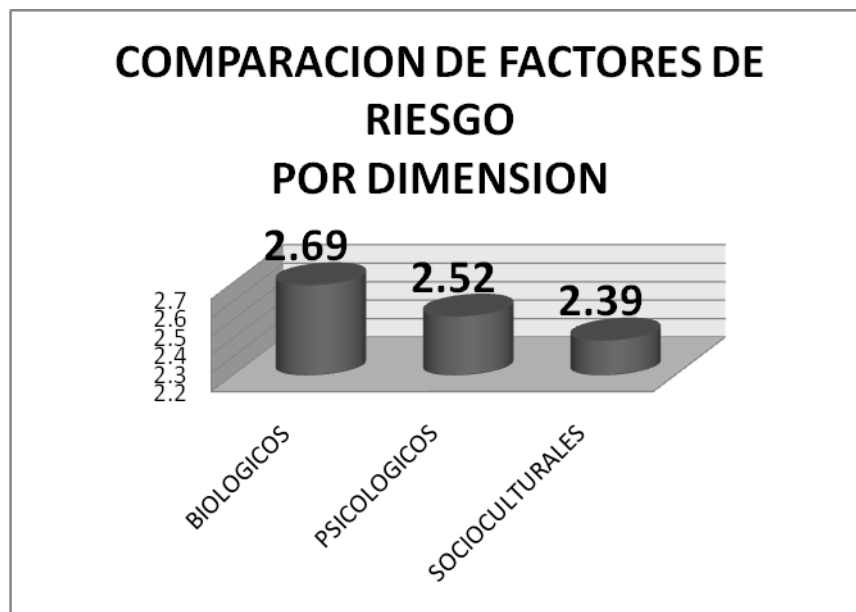
Entonces, haciendo las comparaciones de las dimensiones Biológica, Psicológica y Sociocultural de los riesgos durante el embarazo, a través de los riesgos durante el embarazo, a través de la “t” de student con un valor de prueba del 95% para muestras intervalares si se pudo detectar diferencias estadísticamente significativas que indican la existencia también de diferencias en el nivel de riesgo biológico, psicológico y sociocultural con una probabilidad igual a .000.

En función de las diferencias, el mayor riesgo de las mujeres embarazadas lo presenta en la dimensión Biológica con 2.69, le siguen los riesgos Psicológicos con 2.52 y por último la dimensión Sociocultural con 2.39. Esto quiere decir que aunque las tres dimensiones se encuentran en riesgo moderado es la dimensión biológica y la dimensión Psicológica las más alteradas y donde existen más factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la salud materna y del producto como se observa en la siguiente Tabla No. 8 y Gráfica No. 29.

TABLA No. 8
RIESGO DE LAS DIMENSIONES DE LAS MUJERES
EMBARAZADAS

DIMENSIONES	N	Media	D.E.
BIOLOGICO	113	2.69	.611
PSICOLOGICO	113	2.52	.551
SOCIOCULTURAL	113	2.39	.504

GRAFICA No. 29
COMPARACIÓN DE FACTORES DE RIESGO POR DIMENSIÓN



Factores biológicos. T= -1604.436, gl= 112, prob.=.000
 Factores psicológicos T= -1783.749, gl.=112, prob.=.000
 Factores socioculturales T= -1949.991, gl= 112, prob.= .000

Con la técnica estadística ANOVA se analizaron las diferencias de las dimensiones: Biológicas, Psicológicas y Sociocultural de las mujeres embarazadas con respecto a los grupos de edad detectando que también existen diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones en donde los grupos de menos de 18 años son los que presentan más diferencias y mayores factores de riesgo. Es decir, que existen diferencias estadísticamente significativas que nos muestran diferencias en las dimensiones psicológica ($F= 3.865$, $gl_{inter-grupos}= 3$, $gl_{intra-grupos}= 109$, $prob= .011$) y sociocultural ($F=3.516$, $gl_{inter-grupos}= 3$, $gl_{intra-grupos}= 109$, $prob= .018$), y a través de poshoc Bonferroni y Tukey ($prob. < a .005$) muestra que es el grupo de menos de 18 años quienes dan la diferencia.

Esto quiere decir que son las mujeres de menos de 18 años quienes manifiestan mayor riesgo de tipo psicológico (2.73); le siguen las mujeres de la misma edad con factores de riesgo socioculturales (2.61); lo que se traduce en riesgo moderado, que puede dañar la salud de la madre y el producto en caso de no haber un adecuado control prenatal y atención natal, como se presenta en la Tabla No. 9.

TABLA No. 9

DIFERENCIA DE MEDIAS DE LAS DIMENSIONES POR GRUPO DE
EDAD

DIMENSION	Edad														
	20 a 25			26 a 31			menos de 18			mas de 35			Total		
	Me dia	N	D.E	Me dia	N	D.E.	Me dia	N	D.E.	Medi a	N	D.E	Me dia	N	D.E
BIOLOGICOS	2.5 9	3 8	.58 6	2.6 0	3 2	.724	2.8 6	3 0	.540	2.81	1 3	.47 2	2.6 9	11 3	.61 1
PSICOLOGICOS	2.3 2	3 8	.45 2	2.5 0	3 2	.614	2.7 3	3 0	.488	2.70	1 3	.61 2	2.5 2	11 3	.55 1
SOCIOCULTURALE S	2.2 8	3 8	.53 3	2.2 7	3 2	.512	2.6 1	3 0	.426	2.49	1 3	.41 4	2.3 9	11 3	.50 4

Lo anteriormente presentado en la estadística inferencial confirma de manera contundente que la afección de mayor riesgo por desconocimiento de las embarazadas se presenta en la dimensión Biológica y en la dimensión Psicológica. Con la técnica de ANOVA se confirma también que la dimensión Psicológica en mujeres menores de 18 años es un elevadísimo factor de riesgo para la madre y el producto por su desconocimiento, tanto de la dimensión Biológica, como de la dimensión Psicológica.

Por lo anterior, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice H₂: Existe un bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla del Municipio de Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

Así, al comprobar la hipótesis de trabajo se disprueba la hipótesis nula que dice: Ho. Existe un alto nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo Biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla del Municipio de Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.

5. PROPUESTA FUNDAMENTAL: INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

En este capítulo se estudia en un primer momento, que es la intervención educativa y qué es la educación en salud con sus estrategias educativas y sus condicionantes en salud. En un segundo momento se analiza el término promoción de la salud, sus ámbitos de acción y sus mecanismos de promoción de la salud, como son: el autocuidado, la ayuda mutua, los entornos sanos y la estrategia global. En un tercer momento, se analizan los Modelos de Promoción de la salud con especial énfasis el de Nola Pender, sus objetivos, sustento técnico y aspectos clave. La parte más importante del capítulo la constituye la Intervención Educativa de Enfermería que con base en los resultados de la investigación se determina la Conducta previa relacionada Biológica, Psicológica, Sociocultural de las mujeres embarazadas, para proponer la percepción de beneficios de acción de estas mujeres, mediante intervenciones educativas claras y objetivas. A continuación se visualizan cada uno de estos aspectos.

5.1 INTERVENCIÓN EDUCATIVA

5.1.1 Conceptos

Educación

Etimológicamente el término educación proviene morfológicamente de educare que significa conducir, guiar, orientar, pero semánticamente

recoge la versión de educere (hacer salir, extraer, dar a luz,) dan coexistencia a dos modelos conceptuales básicos: un modelo directivo o de intervención o desarrollo referido a educare y el modelo de extracción o desarrollo referido a la versión de educere. Actualmente se agrega un modelo ecléctico que admite y asume ambas instancias resolviendo que la educación es dirección (intervención) y desarrollo perfeccionamiento.

La educación requiere la presencia del hombre que actué como modelo, emisor e interventor, lo que posibilita la emergencia de estímulos, información patrones u objetivos, normas conductuales, sanciones puestas en acción, contextos congruentes etcétera que permitan al educando elaborar/construir su personalidad con un modelo determinado. Es en primera instancia una intervención directa o encubierta de un hombre sobre otro cabe evidentemente la interacción y la autoeducación.¹¹⁴

La educación requiere y exige la presencia de un objetivo o finalidad que oriente el proceso y la acción. No es un proceso azaroso o descontrolado. Por ello se distingue del mero acontecer biológico social. La intencionalidad es sustantiva en el proceso educativo, reside en el educador debe ser asumida progresivamente por el educando, para que sea autor de su concreta, singular e irrepetible personalidad.

¹¹⁴ García Carrasco, J.1980 *Aproximación al estudio de la estructura del acto pedagógico*. Universidad Pontificia, Salamanca.

La educación hace referencia a perfeccionamiento u optimización ya que hace valer más al hombre al elevarle su nivel de determinación, autonomía o libertad, decidir su conducta antes de realizarla, lo que supone un factor de control y previsión de consecuencias.¹¹⁵

Las puestas en acción de lo aprendido, que incluye todo tipo de actividad intencional; los usos y costumbres del marco sociocultural, en el que esta inmerso el proceso educativo, los medios de aprender enseñar, en tanto que comportan modalidades diferenciadas de procesar la información, que también se aprenden las sanciones “refuerzos negativos o positivos, (en educación “premios o castigos” y el clima o situación social en que se produce el acto educativo, en tanto que puede ser intervenido por el educador, para que su influencia sea posibilitante y no limitadora del acto.¹¹⁶

Orientación

Proceso de ayuda técnica y humana dirigido al individuo para que alcance autonomía personal y madurez social. Se vale de recursos y técnicas específicas. Profesionalmente la labor fundamental es realizada por un orientador, o equipo y se basa en los siguientes principios: es labor de equipo interdisciplinario; de carácter procesual, respeta las diferencias individuales, es para todos los sujetos y es básicamente preventiva.¹¹⁷

¹¹⁵ Castillejo, J. L. 1981 *Teoría de la Educación*. Anaya, Madrid,

¹¹⁶ Bruner, J. 1972 *El proceso de la educación* Uteha. México

¹¹⁷ Gordillo, M.V. 1973 *La orientación en el Proceso Educativo* EUNSA Pamplona.

Intervención educativa

Acción sobre otro, con intención de promover mejora, optimización o perfeccionamiento. Corriente pedagógica actual que reacciona frente a las propuestas no directivas al libre albedrío espontáneo, reclamando la necesidad de normativa, ayuda y acciones, basándose en la propuesta antropológica de hacerse, desde la radical personalidad, la concreta y singular personalidad.

- De intervención educativa

Toda intervención educativa se realiza mediante el desarrollo de un proceso que se diseña y ejecuta con vistas a alcanzar unos objetivos previamente definidos y aceptados. Por tanto, lo primero que se ha de tener en cuenta al hablar de educación es que se inicia con un juicio sobre una situación diferente. También se reconoce que dicha situación deseable no se podrá alcanzar a menos que se intervenga para reconducir el proceso que ha dado lugar a la situación de partida.¹¹⁸ Dicho de otro modo, en educación sólo se actúa cuando se detecta que, sin dicha intervención, los acontecimientos sucederán de forma no deseable.

¹¹⁸ ST. Castro Carranza y E.S. Bustamante Sosa. *Efecto de un Programa educativo ambiental en el nivel de conocimientos en la comunidad de Muyurina, Ayacucho*. Documento impreso. Lima, 2007. p. 1.

5.1.2 Características de la intervención educativa

- Punto de partida

Las diferentes actuaciones de intervención educativa deben plantearse tomando como punto de partida el análisis de los problemas más próximos e inmediatos a las mujeres para que estos se impliquen de forma directa en la solución de estos problemas. La única intervención educativa efectiva será aquella que logre disminuir el proceso de riesgos del embarazo.¹¹⁹ Ahora bien, es importante señalar que los distintos colectivos sociales tienen modos diferentes de percibir y entender los problemas ambientales y, por lo tanto, van a plantear alternativas distintas para solucionarlos.

- Proceso lento, pero progresivo

Dado que las intervenciones educativas, son procesos lentos y progresivos que no producen cambios inmediatos en los sujetos, no resulta fácil poner de manifiesto la existencia de una cierta relación directa entre la mejora de conocimiento de las embarazadas y la disminución de determinados problemas en el embarazo y la realización de una determinada intervención educativa.¹²⁰

¹¹⁹ Ibid. p. 2.

¹²⁰ Id.

5.2 EDUCACIÓN EN SALUD

5.2.1 Conceptos básicos

- De educación en salud

La Educación en Salud debe considerar que la información es una condición necesaria, pero de ninguna manera es suficiente para evitar que los individuos cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y su comunidad. Para hacer más efectiva la transmisión de información se debe adoptar una concepción de salud comunitaria (Modelo de Competencia) y conocer las nuevas aportaciones teórico-prácticas sobre el proceso de comunicación, y la metodología para hacerlo eficaz a nivel individual, grupal y comunitario, a través de diferentes estrategias.¹²¹ (Ver Anexo No. 10: Habilidades para la comunicación en salud).

Por otra parte, para Clara Roza, se puede plantear que la educación en salud, para propiciar el desarrollo debería, ser una disciplina que ponga en orden a las diferentes aristas que tiene el hecho de que las acciones del hombre aumentan o disminuyen la salud individual. Entonces, podemos alejarnos de la concepción de que el hombre interactúa constantemente con el medio ambiente, y el resultado de

¹²¹ Wilfredo Guibert Reyes y Cols. *Como hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?* En la Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 15. No. 2. Marzo-Abril. Habana de Cuba, 1999. p. 2.

esa interacción se manifiesta en el continuum salud-enfermedad, que a su vez acelera o retarda el desarrollo poblacional.¹²²

De esta manera, se deduce que el tipo de desarrollo debe encaminarse hacia un humanismo que devuelva a hombres y mujeres su plenitud para proyectarse al mundo, que cultive al hombre integral, capaz de respetar y admirar toda forma de vida. Para ello, debe armonizar la relación entre conciencia ecológica, experiencia estética y los pensamientos religiosos, éticos y filosóficos con el pensamiento científico tecnológico.¹²³

Así, la Educación para la Salud debe facilitar el protagonismo de la comunidad, de modo que se promueva el intercambio entre los actores sociales, a través de coloquios, discusiones, talleres, etc. Esto permitirá neutralizar con gran efectividad la influencia de muchas de las actitudes negativas que existen hacia determinadas prácticas de salud, así como la excesiva colonización de los técnicos educadores que con mucha frecuencia se resisten a aprender del saber existente en la comunidad.¹²⁴ (Ver Anexo No. 11: Orientación de la Evaluación en Salud).

¹²² Clara Roza de Arévalo. *Educación en salud*. En la Revista Educación en Salud, Año 1. No. 1. Octubre. Bogotá, 2001. p. 46.

¹²³ Ibid p. 47.

¹²⁴ Wilfrido Guibert Reyes. op. cit. p. 3.

5.2.2 Enfoque pedagógico de la educación en salud

- Identificación de la población

Es importante que los materiales impresos y las actividades de aprendizaje significativo que se planeen satisfagan las expectativas de los estudiantes que cursarán la asignatura o el eje problemático. Para ello, es necesario conocer cuáles son las características generales de la población de estudiantes a la que esta dirigido el curso o eje problemático.¹²⁵ El conocimiento de estas características permite diseñar cursos con un lenguaje comprensible para los estudiantes, en los cuales las tareas y actividades de aprendizaje sean posibles de realizar por ellos.

- Definición de objetivos

Aunque los estudiantes y los grupos establecen sus propios objetivos de aprendizaje y su propia dinámica de trabajo, es importante que los diseñadores de los cursos y/o los tutores definan objetivos de cada una de las propuestas de trabajo o de aprendizaje significativo. Es conveniente en la definición hacer referencia a que tales objetivos son una propuesta de trabajo que puede ser variada o enriquecida con los

¹²⁵ Victor Hugo Dueñas. *El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud*. En la Revista Colombia Médica. Vol. 32. No. 4. Universidad del Valle. Cali, 2001. p. 191.

objetivos de los estudiantes.¹²⁶ Los objetivos que se definan serán los mínimos de las diferentes propuestas de trabajo y actividades y se deberán contemplar objetivos de conocimiento, de comprensión, de aptitudes y de adquisición de competencias.

- Métodos pedagógicos

En el enfoque de enseñanza-aprendizaje es posible integrar y desarrollar diversos métodos pedagógicos o de formación que son propios de las fuentes y de las partes que integran el acto formativo, a saber: Los propios del área del conocimiento, es decir los que corresponden a la materia de aprendizaje que es objeto de apropiación, bien sea que se trate de conocimientos científicos, sociales, tecnológicos, humanísticos, históricos o estéticos; los relativos al proceso de conocimiento y a la adquisición de hábitos intelectuales de vida y de trabajo y; aquellos de carácter didáctico que hacen parte de las actividades de enseñanza-aprendizaje, incluidas las técnicas de estudio y de trabajo académico.¹²⁷

- Papel de los tutores

La educación alrededor de problemas le otorga al profesor la no fácil tarea de ser tutor del estudiante en su proceso de aprendizaje. “Los tutores como parte de la comunidad educativa, son por definición los que facilitan el aprendizaje de los estudiantes, los que facilitan

¹²⁶ Id.

¹²⁷ Id.

aprender a aprender.¹²⁸ Los tutores son una pieza clave en el sistema, pues permiten a los estudiantes el aprendizaje de destrezas y capacidades vitales que se podrán usar no sólo en la Universidad, sino durante los 30 – 40 años de la vida profesional, tiempo en el que se enfrentarán a múltiples problemas, reconocerán sus deficiencias personales, buscarán información adecuada para aplicarla a la solución de los problemas de la manera más eficiente y sobre todo, dentro de un profundo sentido ético y humano”.¹²⁹

El tutor debe lograr que el aprendizaje se centre en el estudiante en lugar de centrarlo en el profesor, para ello es vital que tenga un conocimiento amplio y reflexivo del proyecto educativo y del programa de la escuela, debe conocer diversos métodos educacionales o pedagógicos (tutorías, seminarios, uso de problemas, sesiones de grupo, otros) y debe conocer los principios y métodos de evaluación formativa. En otro sentido, el tutor debe ser un facilitador del proceso de aprendizaje.¹³⁰

- Evaluación de los recursos didácticos

Durante el ofrecimiento del curso, el tutor debe coordinar las actividades de evaluación de los estudiantes y del proceso mismo. Es recomendable evaluar durante el proceso mismo los medios didácticos y los recursos disponibles, con el fin de conocer las

¹²⁸ Ibid p. 192.

¹²⁹ Id.

¹³⁰ Id.

impresiones de los estudiantes y las dificultades o facilidades que estos presentan para su aprendizaje. Un ejemplo de este tipo de evaluación es la que se hace de los casos o problemas objeto de estudio como estímulo para el aprendizaje significativo. Las evaluaciones se deben analizar y discutir a medida que ocurren, con el fin de identificar dificultades y proponer medidas correctivas.¹³¹

Por último, en el trabajo post-curso se incluyen las actividades de análisis de las evaluaciones realizadas durante el ofrecimiento del curso, la toma de decisiones o medidas correctivas que permitan mejorar la propuesta de trabajo para el siguiente grupo de estudiantes y la reflexión sobre las relaciones tutor-estudiantes, tutor-conocimiento, estudiantes-estudiantes y estudiantes-conocimiento.¹³²

5.2.3 Condicionantes de la salud

- Regulación y legislación

Las políticas públicas se expresan en decretos, regulaciones o normas adoptadas por el Estado para proteger las condiciones económicas y sociales que tienen impacto significativo en la salud. Sin lugar a dudas que esta es el área más compleja y con menor desarrollo en la Promoción de Salud. Se requiere de una acción sostenida y articulada para promover mejoras legales y

¹³¹ Ibid p. 193.

¹³² Id.

reglamentarias con el fin de avanzar en las políticas de salud y calidad de vida.¹³³

- Información y comunicación social

La comunicación social en promoción tiene el papel de sensibilizar, dar información, aumentar la motivación al cambio de comportamiento en relación al estilo de vida y ambiente. Para su eficacia, requiere mensajes claros, continuos, accesibles, con significado y recursos suficientes, reconociendo las oportunidades del marketing social y la diversidad de medios que hoy día existen: masivos, locales, directos, indirectos, interactivos.¹³⁴

- Educación y desarrollo del recurso humano

La formación de recursos humanos es una estrategia básica que debe ser incorporada por diferentes instituciones académicas. Por otra parte, la educación en promoción de salud a la población requiere ser actualizada e implementada a través de los diferentes programas y servicios públicos y privados. Es necesario contar con programas educativos con metodologías adecuadas, de carácter general y diferenciado por grupos objetivos, que permitan acceder a información sobre los condicionantes y el cuidado de la salud en oficinas públicas, supermercados, farmacias, escuelas, consultorios y

¹³³ Judith Salinas C. y Fernando Vio del R. *Promoción de la salud en Chile*. En la Revista Chilena de Nutrición. Vol. 29. Supl. 1. Octubre. Santiago, 2002. p. 7.

¹³⁴ *Ibid* p. 8.

lugares de trabajo; para generar más oportunidades de aprendizaje social.¹³⁵ También se requiere ampliar las acciones educativas sistemáticas en la red de salud, mediante su incorporación en el modelo de atención, a través de consejerías, talleres e intervenciones grupales y familiares.

- Reorientación de servicios de salud

La reorientación de servicios con fines de promoción de salud, implica un cambio profundo en la cooperación y práctica de salud. Requiere que los Servicios de Salud respondan al actual perfil epidemiológico, incorporando acciones específicas de Promoción a nivel individual, familiar y comunitario. Esto significa readecuar el modelo de atención de salud, especialmente en el primer nivel, transformando los actuales consultorios de atención primaria organizados en torno a lo materno infantil y a lo curativo en centros promocionales y preventivos con acciones específicas sobre los condicionantes, como son las consejerías y otras actividades educativas comunitarias en alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales.¹³⁶

¹³⁵ Ibid p. 9.

¹³⁶ Id.

5.3 PROMOCION DE LA SALUD

5.3.1 Conceptos básicos

- De salud

Para Helia Molina M. el concepto de salud y enfermedad es un continuo que ha sufrido diversos enfoques conceptuales a lo largo de los tiempos. Así, el concepto social de la salud y su relación con determinantes biológicos, sociales, económicos y culturales están presente desde los comienzos de la historia. Por ejemplo, el pensamiento de Galeno es una de las primeras evidencias escritas acerca de la relación entre “estilos de vida” y salud. Por otra parte, la definición de salud vigente hoy ya no se reduce a la ausencia de enfermedad sino a un estado de bienestar cuyo logro por lo tanto, tiene mecanismos distintos a la prevención específica de una enfermedad puntual.¹³⁷

• De promoción de la salud

Para Helia Molina M. el historiador Henry Sigerist es el primero en usar la palabra Promoción de salud cuando dice que “la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación.” Años más tarde, bajo el concepto de

¹³⁷ Helia Molina M. *Promoción de la salud: Conceptos generales*. Curso Salud y desarrollo del adolescente. Modulo 4. Lección 17. Estrategias de Promoción de la Salud en la adolescencia. Documento impreso de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 2011. p. 1.

Medicina Preventiva se identifica a la promoción como el nivel más inespecífico y general de prevención de la enfermedad. Su ámbito de acción es para Leavell y Clark, teóricos de la medicina preventiva, el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad.¹³⁸ (Ver Anexo No. 12: Historia Natural de la Enfermedad de Leavell y Clark).

Para Rolando Bonal Ruiz debido a la mucha literatura que existe sobre promoción de salud y al debate sobre que actividad es y que no es promoción de salud, algunos autores han considerado que se les llame así a todo proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento), de personas o comunidades y a toda acción que tenga impacto en las determinantes modificables de salud.¹³⁹ La promoción de salud abarca no sólo a las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas sino, a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en las determinantes de salud, incluidas las acciones intersectoriales.

- Ámbitos de acción de la promoción de la salud
 - Individual

¹³⁸ Id.

¹³⁹ Rolando Bonal Ruiz. *Niveles conceptuales de promoción de salud para su enseñanza en medicina familiar*. Universidad Médica de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Habana de Cuba, 2011. p. 5.

La Promoción de la salud a nivel individual implica desarrollar habilidades, conductas, actitudes hacia el autocuidado y generación de estilo de vida saludable. En esta concepción la Promoción de la Salud es una estrategia que involucra a toda la población con y sin riesgo específico de enfermar. Así, la promoción de la salud pone su foco en “La Salud” y la prevención pone su foco en “La Enfermedad”. Ambas estrategias son absolutamente complementarias.¹⁴⁰

- Familiar

La promoción de la salud familiar implica fortalecer el rol formador y socializador de la familia en relación a procesos vinculados con la salud tales como: desarrollo psicosocial armónico, potenciación de habilidades, generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.¹⁴¹

- Comunitario

A nivel comunitario, la promoción de la salud implica contribuir a favorecer el desarrollo de una comunidad consciente y responsable capaz de ejercer control social y demandar responsabilidad del estado y de la sociedad en su conjunto en torno a temas vinculados con la salud y por otro lado, movilizar recursos comunitarios con

¹⁴⁰ Helia Molina M. op. cit. p. 5.

¹⁴¹ Id.

vistas a concertar acciones y voluntades en torno a modificar condicionantes de la salud y calidad de vida.¹⁴²

- Social

A nivel social, la promoción de la salud permite sensibilizar y comprometer a la opinión pública y contribuir a la movilización social en torno a temas vinculados con salud y calidad de vida.¹⁴³

5.3.2 Mecanismos de promoción de la salud

- Autocuidado

Según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el autocuidado, implica las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.¹⁴⁴

De hecho, la promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de

¹⁴² Id.

¹⁴³ Id.

¹⁴⁴ Alexandra Giraldo Osorio y Cols. *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. En la Revista Hacia la Promoción de la Salud. Vol. 15. No. 1. Enero-junio. Bogotá, 2008. p. 131.

la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud.¹⁴⁵ (Ver Anexo No. 13: La promoción de la salud, como estrategia).

- Ayuda mutua

La ayuda mutua se refiere a las acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo. Por otra parte, las intervenciones en promoción de la salud son de carácter intersectorial, es decir, involucra a los sectores: salud, educación, justicia, planeación, entre otros, en las que también se debe incluir la participación comunitaria como mecanismo válido y eficaz para su implementación.¹⁴⁶ Del mismo modo, promoción de la salud es un mediador e integrador entre las ciencias y disciplinas comprometidas con el mejoramiento social, económico, político y ambiental en general.

- Entornos sanos

Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de

¹⁴⁵ Id.

¹⁴⁶ Id.

la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación de valores en la niñez.¹⁴⁷

- Política pública saludable

Según Marc Lalonde, Ministro canadiense de salud en 1974, la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud.¹⁴⁸

En consecuencia, una política pública saludable es una intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de orden biológico, ambiental, psicosocial, estilos de vida y los relacionados con los servicios de atención en salud, planteados y definidos en el informe de Lalonde.¹⁴⁹

Es así como las políticas públicas saludables están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los niveles de

¹⁴⁷ Id.

¹⁴⁸ Id.

¹⁴⁹ Ibid p. 132.

salud, accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, a la vez que la participación activa y la equidad de la prestación de los mismos.

5.3.3 Modelos de Promoción de la salud

- Modelo de Creencias en salud

Muchos investigadores han dedicado parte de su vida para buscar técnicas que disminuyan los factores de riesgos que tiene la población; enfermería ha diseñado modelos de prevención así como de promoción a la salud, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario en todos los niveles de atención, enfocándolos a aumentar el nivel de bienestar del individuo.¹⁵⁰

La aparición de las creencias sobre modelos de salud en los setentas, fue la pauta para mencionar cómo las personas tomaban acciones para que no estuviesen enfermas o que querían prevenirse de estarlo. El modelo se vio como potencialmente útil para predecir a esos individuos que habría o no de usar medidas preventivas y hacer pensar en intervenciones que podrían aumentar la predisposición de

¹⁵⁰ Ericka García Zeferino. *El modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender aplicado a la educación para la salud en familias de zonas marginadas de Atizapán de Zaragoza, Edo. De México*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. México, 2000. p. 34.

individuos resistentes para comprometer las conductas de protección a la salud.¹⁵¹

Becker, por su parte retoma el modelo y lo modifica mencionando que las variables propuestas como predisposición directa para tomar una acción están percibidas por una amenaza a la salud personal y la convicción que los beneficios de acción en la toma para proteger la salud pesan más que las barreras que se encontraron. El Modelo de Creencia de Salud, es apropiado como un paradigma por proteger la salud o como conducta para prevenir la enfermedad, pero es claramente impropio como un paradigma para promover la salud.¹⁵² (Ver Anexo No. 14: Modelos de Creencias en Salud).

- Características del modelo

En 1988, Rosenstock et. al, propuso la inclusión de la autoeficacia al modelo como una variable explicativa sugiriendo que fuera incorporada a las intervenciones en que se basaba el modelo. Apareciendo el modelo de la motivación de protección. Esta teoría se enfoca principalmente en amenazas de salud o apelaciones de miedo para cambiar una conducta dando énfasis a las consecuencias personales dañosas de conductas perjudiciales para la salud.¹⁵³ (Ver Anexo No. 15: La autoeficacia de Albert Bandura, como una forma de autoconocimiento).

¹⁵¹ Id.

¹⁵² Id.

¹⁵³ Ibid p. 35.

Al inicio, la teoría contaba con tres procesos de la apreciación cognoscitivas: a) la vulnerabilidad percibida ante amenaza de salud, b) la gravedad percibida de la amenaza de la salud, y c) la efectividad percibida de contestaciones dirigidas hacia prevenir la amenaza (eficacia de la contestación). Para posteriormente integrar el cuarto que es la autoeficacia percibida (creencias sobre la competencia personal). La idea de este modelo es el usar el miedo y/o la amenaza en los programas y campañas de educación para la salud, pudiendo ser la limitada efectividad y lograr resultados de conducta de salud deseados.¹⁵⁴

- Modelo de Promoción de la salud

A inicios de 1980, el Modelo de Promoción a la Salud (MPS) apareció como una columna para la integración y perspectiva de factores de comportamiento que influyen en la conducta social, ofreciendo una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales que impulsan al individuo para entender en conductas hacia el perfeccionamiento de su salud. El término “comportamiento” se usaba con frecuencia en los escritos de salud y de allí se modificó su interés en su trabajo. Dunn pensó que el bienestar en un nivel alto y la relación de la conducta fueron motivadas por un deseo de promoción a la salud personal y bienestar en la ausencia de

¹⁵⁴ Id.

enfermedad.¹⁵⁵ (Ver Anexo No. 16: Modelo de Promoción de la Salud).

La MPS es una competencia – o acercamiento – de un modelo orientado. Al contrario del Modelo de Creencia de Salud y la Teoría de la Motivación de Protección descrito anteriormente, el MPS no incluye al “miedo” o “amenaza” como fuentes de motivación para la conducta de salud. Aunque se han mostrado amenazas inmediatas a la salud para motivar la acción, las amenazas a un futuro distante tienen la misma fuerza motivadora. Así, los modelos orientados a la anulación de la conducta de salud son de utilidad limitada, motivando estilos de vidas saludables globales en personas jóvenes y de madurez temprana, así como en otros individuos que por las razones variadas, se perciben invulnerables a la enfermedad.¹⁵⁶

- Características del modelo

El MPS es un esfuerzo por mostrar la naturaleza multidimensional de las personas que actúan recíprocamente con su ambiente y su salud. El modelo integra varias estructuras de la teoría de la esperanza y valores y la teoría del aprendizaje social (ahora nombrada teoría cognoscitiva social), dentro de una perspectiva de la lactancia del ser humano, implica funcionar holísticamente. En cuestión de la teoría de la esperanza-valor, muchas concepciones de la conducta o metas se dirigen a incluir la teoría cognoscitiva social y es basado en el modelo

¹⁵⁵ Ibid p. 37.

¹⁵⁶ Ibid p. 38.

de esperanza-valor de motivación humana descrito por Feather, que según el modelo de esperanza-valor, la conducta es racional y barata.¹⁵⁷

De hecho, el MPS está basado en los siguientes parámetros que reflejan perspectivas en la ciencia del comportamiento, en donde el cliente tiene un papel activo, formando y manteniendo conductas en salud, modificando su contexto medio ambiental para las conductas de salud. (Ver Anexo No.17: Asunciones del Modelo de Promoción de la Salud).

5.4 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

5.4.1 Concepto del Modelo de Nola Pender

Para Fernando Trejo Martínez el Modelo de Promoción a la Salud de Pender, esta basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona. Así, el Modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los

¹⁵⁷ Id.

individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud.¹⁵⁸

- Origen de Nola Pender

Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, su primer acercamiento con la enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. En 1962 recibe su Diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Illinois.¹⁵⁹ (Ver Anexo No. 18: Biografía de Nola J. Pender).

El trabajo de doctorado de Nola Pender fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Fernando Trejo Martínez. *Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo*. En la Revista de Enfermería Neurológica. Vol. 9. No. 1. México, 2010. p. 40.

¹⁵⁹ Gladys Patricia Aristizabal Hoyos y Cols. *El modelo de Promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 8. Año 8. No. 4. Octubre-Diciembre. México, 2011. pp. 17.

¹⁶⁰ Id.

- Bases Psicosociales del Modelo

Para Nancy Sánchez Muñoz, las bases que Pender poseía en enfermería, Desarrollo Humano, Psicología experimental y Educación le llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermera y el aprendizaje de la teoría como bases para el MPS. De hecho, el modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud; de distinta manera a los modelos orientados a la evitación que se basan en el miedo o la amenaza para la salud, como motivación para la conducta sanitaria.¹⁶¹

Para Fernando Trejo Martínez el Modelo de Promoción a la Salud de la doctora Nola Pender, ofrece la posibilidad de evaluar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud producida por la suma de éstos factores, y así poder actuar antes de que se produzcan alteraciones que lleven a las personas a una atención hospitalaria, con riesgo para la vida y función.¹⁶² (Ver Anexo No. 18: Modelo de Promoción de la Salud de Nora J. Pender).

Así, la aplicación del Modelo de Pender, ofrece la posibilidad de llevar a cabo una adecuada promoción a la salud antes de que se presenten complicaciones que pongan en riesgo a la población. Es decir, es un intento de operacionalizar el modelo y hacerlo funcional

¹⁶¹ Nancy Sánchez Muñoz. *El Modelo de Nola Pender*. Escuela Profesional de Enfermería. Documento impreso. Lima, 2011. p. 1.

¹⁶² Fernando Trejo Martínez. op. cit. p. 40.

para los profesionales de enfermería sobre todo a los que tienen como tarea la atención primaria de la comunidad.¹⁶³

- Sustento teórico del Modelo de Nola Pender

El modelo de Nola Pender fue creado a partir del Modelo de Creencias sobre la salud y de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de estilo de vida promotor de la salud en sus planteamientos.¹⁶⁴

• Modelo de Creencias en salud

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias en Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en Psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente, se ha adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el

¹⁶³ Id.

¹⁶⁴ S/A. *Determinantes de salud: Modelo y Teorías del cambio en conductas de salud*. En estilos de vida y promoción de la salud. Material Didáctico. México, 2011. p. 1.

cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, los comportamientos de autocuidado en higiene bucal o el uso de tabaco.¹⁶⁵

Así, el MCS es una teoría construida sobre la base de la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa, la creencia en que una acción posible de realizar puede prevenir o mejorar la situación. En la actualidad, como resultado de la evolución que ha tenido la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación funcional de MCS.¹⁶⁶ (Ver Anexo No. 20: Premisas del Modelo de Creencias en Salud).

- Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura

Según esta teoría los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y del profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y

¹⁶⁵ Ma. Nelcy Muñoz Astudillo y Cols. *Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años e Santa Rosa de Cabal 2010*. En la Revista Hacia la Promoción de la salud. Vol. 16. No. 2. Julio-Dic. Bogotá, 2011. p. 151.

¹⁶⁶ Ibid p. 152.

adolescentes. Así mismo, para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción, a través del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (locus de control).¹⁶⁷

Este concepto hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente tres posibles factores: considerar que la salud depende del comportamiento propio de otras personas influyentes o bien de la suerte.¹⁶⁸ Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978).

- La perspectiva holística del Modelo de Nola Pender

Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en Psicología experimental y en Educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el MPS. El MPS integra diversas teorías. La teoría del aprendizaje social de Alberte Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio

¹⁶⁷ S/A. op. cit. p. 9.

¹⁶⁸ Id.

de conducta, es de gran importancia para el MPS.¹⁶⁹ La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia: la autoeficacia es una construcción central para el MPS (Pender, 1996; Pender et. al., 2002). Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982), que afirma la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.¹⁷⁰ (Ver Anexo No. 21: Principales supuestos del Modelo de Nola J. Pender).

El MPS es similar a la construcción del modelo de Creencias en la salud (Becker, 1974), pero no se limita en explicar la conducta de prevención de la enfermedad. el MPS se diferencia del modelo de creencia en la salud porque en el MPS no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria.¹⁷¹ Por este motivo, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida (Pender, 1996: Pender et. al., 2002).

- Aspectos claves de Modelos de Nola Pender
 - Conducta previa relacionada

¹⁶⁹ Martha Raile Alligood y Ann Mariner Tomey. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Ed. Elsevier. 7ª ed. México, 2011. p. 436.

¹⁷⁰ Id.

¹⁷¹ Ibid. p. 437.

Implica la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.¹⁷²

- Factores personales

Estos factores son categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predicativos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. Así, los factores personales biológicos incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio. Los factores personales psicológicos incluyen variables como la autoestima la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud. De igual forma, los factores personales socioculturales incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.¹⁷³

- Barreras percibidas de acción

Las Barreras Percibidas de Acción son bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.¹⁷⁴

¹⁷² Ibid. p. 438.

¹⁷³ Id.

¹⁷⁴ Id.

- Autoeficacia percibida

La Autoeficacia Percibida es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.¹⁷⁵

- Afecto relacionado con la actividad

El Afecto Relacionado con la Actividad implica los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.¹⁷⁶

- Influencias interpersonales

Las influencias Interpersonales implican los sentimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación

¹⁷⁵ Id.

¹⁷⁶ Id.

(aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.¹⁷⁷

- Influencias situacionales

Las Influencias Situacionales implican las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas.¹⁷⁸

5.5 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA **DIMENSIÓN BIOLÓGICA** CON BASE EN EL MODELO DE NOLA PENDER

5.5.1 Riesgo en el período intergenésico

- Resultado de la investigación

Desconocimiento del periodo intergenésico corto como factor de riesgo

¹⁷⁷ Id.

¹⁷⁸ Id.

- Conducta previa relacionada

Las embarazadas ignoran que el espacio intergenésico es un factor alto de riesgo.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas en el embarazo con énfasis en los riesgos a los que se exponen las mujeres que tienen espacios intergenésicos cortos menores de un año.
- Aplicar cinco talleres a las embarazadas con sus familiares sobre las repercusiones en la salud en los periodos intergenésicos cortos.
- Establecer consultoría para consejería en cada consulta prenatal para prevenir riesgos en los espacios intergenésicos cortos.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia enfatizarán los riesgos elevados en los embarazos con periodos intergenésicos cortos.
- Las líderes de la familia estarán en contacto con las enfermeras para llevar a cabo la vigilancia de las embarazadas con periodos intergenésicos cortos.

- Las autoridades de los Centros de salud establecerán la vigilancia prenatal de alto riesgo de las embarazadas con periodo intergenésico corto.

- Conducta promotora de la salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia enfatizarán en todas las sesiones educativas la importancia del alto riesgo de los periodos intergenésicos cortos.
- Los líderes de la familia se constituirán como promotores de la salud de las embarazadas con periodo intergenésicos cortos.
- Las autoridades de salud tendrán programas dirigidos a las embarazadas con periodos intergenésicos cortos.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería lograrán que todas las mujeres tengan el espacio suficiente entre un hijo y otro.
- Los líderes de la familia apoyarán a las mujeres para que sus hijos tengan un espacio intergenésico de más de dos años.

- Las autoridades de salud mantendrán programas de planificación familiar para las mujeres y hombres con la finalidad de espaciar los periodos intergenésicos.

5.5.2 Riesgo en la talla menor de 1.50 cms.

- Resultado de la investigación

Desconocimiento del riesgo elevado para la salud de la talla menor de 1.50 cms.

- Conducta previa relacionada

Las mujeres embarazadas ignoran que la talla menor de 1.50 cms. es un riesgo elevado para la madre y el hijo.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas en donde se dan a conocer los riesgos que tienen las mujeres con talla baja menor de 1.50 cms.
- Enfatizar en la educación de las embarazadas con cinco talleres de los riesgos de la talla menor de 1.50 cms. en la capacidad pélvica o desproporción cefalo-pélvica con riesgo de prematuridad con nódulos anatómicos.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia se comprometerán a educar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos para la salud en la madre y el hijo de la talla menor de 1.50 cms.
- Las líderes de la familia llevarán a la consulta de vigilancia prenatal a las embarazadas.
- Las autoridades de salud reproductiva serán responsables de la difusión de riesgos elevados para la salud de la talla menor de 1.50 cms.

- Conducta promotora de la salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia promoverán en todas las sesiones clínicas el riesgo para la salud de la madre y el hijo de la talla menor a 1.50 cms.
- La familia estará sensibilizada a llevar al Centro de Salud a las embarazadas con talla menor a 1.50 cms. ya que conocen los riesgos.
- Las autoridades promotoras de la salud mantendrán programas de comunicación educativa con énfasis en la prevención de riesgos de las mujeres con talla menor de 1.50 cms.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia lograrán que las mujeres embarazadas con talla menor de 1.50 cms. conozcan los riesgos a los que están expuestos.
- Las familias tendrán especial cuidado en la vigilancia prenatal de las mujeres embarazadas para prevenir riesgos de la talla debajo de 1.50 cms.
- Las autoridades de salud reproductiva mantendrán la difusión de los programas educativos.

5.5.3 Riesgo de desnutrición

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de los signos de desnutrición.

- Conducta previa relacionada

- Las mujeres de Xoxocotla ignoran que la excesiva delgadez es provocada por la desnutrición.
- Las mujeres embarazadas mantienen hábitos de alimentación pobre en proteínas, rica en carbohidratos y grasas.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir ocho talleres educativos para demostrar a las embarazadas, los menús de bajo costo que contengan alimentos equilibrados en proteínas carbohidratos, grasas y vitaminas “plato del buen comer”.
- Impartir ocho sesiones educativas sobre temas nutricionales y la toma de sulfato ferroso y ácido fólico durante todo el embarazo en la prevención de anemia y la desnutrición del feto in útero.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería realizarán mejoras en las condiciones nutricionales de las embarazadas así como la ingesta de los suplementos de sulfato ferroso y ácido fólico.
- Las familias de las embarazadas se responsabilizan de mejorar la nutrición de las embarazadas a través elaborar menús con equilibrio en proteínas, carbohidratos, grasa y vitaminas modificando los hábitos.
- Las autoridades en salud proporcionarán Programas educativos en nutrición permanentes.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia llevarán a cabo la toma de peso y talla en todas las consultas prenatales para vigilar la nutrición de la madre y del feto a través de la medición del fondo uterino.
- Las familias se constituirán promotoras de salud con la vigilancia en el hogar de la alimentación de la embarazada “con el plato del buen comer”.
- Las autoridades de salud establecen líneas de comunicación con carteles, programas de nutrición educativa permanentes.

- Evaluación

- El peso de las embarazadas se mide cada mes con resultados que correspondan a las tablas de peso establecidas.
- Los estilos de vida familiar modifican la alimentación para toda la familia.
- Las autoridades de salud mejoran la nutrición de las embarazadas y aportan ácido fólico y sulfato ferroso a todas las embarazadas.

5.5.4 Riesgos en multiparidad

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de la multiparidad como factor de alto riesgo.

- Conducta previa relacionada

Las embarazadas ignoran que la multiparidad es un factor de alto riesgo para la presencia de complicaciones.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir sesiones educativas en cinco ocasiones durante el embarazo enfatizando la multiparidad como factor de riesgo.
- Aplicar talleres en cinco ocasiones a embarazadas y sus familias dando a conocer las complicaciones en la multiparidad como el aborto y los nacimientos prematuros.
- Las autoridades de salud reproductiva establecerán Programas permanentes de comunicación educativa referentes a la multiparidad.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia educarán a las mujeres embarazadas de los riesgos para la salud en la multiparidad

- Las líderes de la familia llevarán a las embarazadas al Centro de Salud para que reciban las sesiones educativas.
- Las autoridades en Salud Reproductiva asumirán la responsabilidad de educar a las embarazadas en los riesgos para la salud de la multiparidad.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería mantendrán los riesgos de la multiparidad en la educación como factor de las embarazadas.
- Las líderes de la familia apoyarán a las mujeres embarazadas para evitar los riesgos de la multiparidad en las embarazadas.
- Las autoridades de salud reproductiva mantendrán los programas educativos permanentemente dirigidos a las mujeres en edad fértil sobre los riesgos de la multiparidad.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería lograron que las mujeres embarazadas disminuyan los riesgos que tiene la multiparidad.

- Los líderes de la familia concientizarán a las mujeres en edad fértil del alto riesgo para la salud de la multiparidad.
- Las autoridades de salud reproductiva mantendrán programas educativos de manera permanente de planificación familiar a población abierta.

5.5.5 Riesgo de aborto

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de los riesgos para la salud del aborto.

- Conducta previa relacionada

Ignorancia del riesgo para la salud del aborto, al cual recurren las mujeres de Xoxocotla indiscriminadamente sin darle importancia.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas donde se explica de manera clara y precisa la importancia de la salud reproductiva y los riesgos en los diferentes tipos de aborto.
- Realizar cinco talleres educativos con las mujeres en edad fértil de Xoxocotla con modelos anatómicos del aparato reproductor femenino donde se visualicen los mecanismos de fisiopatología en los diferentes tipos de aborto.

- Implantar permanentemente la consultoría y consejería para las mujeres sobre riesgos reproductivos.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia tienen como objetivos para la comunidad de mujeres de Xoxocotla educar sobre los riesgos en el aborto y las repercusiones para la salud.
- Las familias de la comunidad de Xoxocotla participarán en la educación de las mujeres para evitar el aborto y la identificación de los riesgos para la salud.
- Las autoridades de salud reproductiva asumirán la responsabilidad de la educación sobre riesgos en el aborto.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería establecen programas educativos permanentes dirigidos a las mujeres en edad fértil de alto riesgo en todos los casos de aborto.
- Los líderes de la familia llevan a las mujeres embarazadas a los centros de salud para que reciban las sesiones educativas sobre prevención del aborto.

- Las autoridades de salud reproductiva asumen la responsabilidad en la prevención del aborto por medio de la educación en salud.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia lograrán concienciar a las mujeres embarazadas de la importancia de prevenir el aborto a través de la educación en salud.
- Los líderes de la familia serán promotoras de salud reproductiva de la prevención del aborto permanentemente con beneficio en todas las mujeres de la comunidad de Xoxocotla.
- Las autoridades de salud reproductiva en el Estado de Morelos establecerán financiamiento para la prevención del aborto por medio de programas educativos.

5.5.6 Riesgo en edad menor a 18 años y mayor a 38 años

- Resultado de la investigación

Desconocimiento del riesgo para la salud del embarazo en edades menor de 18 años y mayor de 35 años.

- Conducta previa relacionada

Las mujeres ignoran que las edades menores de 18 años y mayores de 35 años son un riesgo elevado para sufrir alteraciones.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones clínicas a las embarazadas para dar a conocer el riesgo elevado que tienen ya que por edades menores de 18 años existe inmadurez orgánica y psicológica y con edades mayores de 35 años, el envejecimiento afecta al embrión y aumentan la incidencia de alteraciones cromosómicas y multifactoriales en malformaciones congénitas.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia llevarán a cabo las sesiones educativas con responsabilidad en la información de los riesgos para la salud en los embarazos de mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años.
- Las familias de las embarazadas llevarán a la vigilancia prenatal en el centro de salud con apego estricto a las mujeres menores de 18 y mayores de 35 años.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia a través de la comunicación educativa tendrán como objetivo fundamental prevenir y detectar los riesgos para la salud en los embarazos menores de 18 y mayores de 35 años.

- Las familias serán líderes promotores para la prevención y detección de riesgos en las embarazadas menores de 18 años y mayores de 35 años.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia lograrán concienciar a las mujeres embarazadas del alto riesgo que significa embarazarse antes de los 18 y después de los 35 años.
- Las familias de las embarazadas serán conscientes del riesgo elevado para la salud del embarazo en menores de 18 y mayores de 35 años.
- Las autoridades de salud reproductiva mantendrán programas permanentes de educación con énfasis en el riesgo en menores de 18 y mayores de 35 años.

5.5.7 Riesgo en peso menor a 45 kg.

- Resultado de la investigación

Desconocimiento del riesgo para la salud del peso menor de 45 kg.

- Conducta previa relacionada

Las mujeres embarazadas ignoran que el peso menor de 45 kg. es un riesgo elevado para contraer complicaciones.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas a las embarazadas para dar a conocer los riesgos para la salud en el bajo peso.
- En cinco talleres, se demostrará con modelos anatómicos como influye el peso para que el feto también este pequeño para la edad gestacional y su nacimiento sea prematuro con bajo peso al nacer.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería tendrán la responsabilidad de educar a las embarazadas con énfasis en el peso menor de 45 kg.
- Las familias asumirán el compromiso de llevar a las embarazadas puntualmente a la vigilancia prenatal para prevenir complicaciones.
- Las autoridades de salud reproductiva tendrán programas educativos que enfatizan el peso abajo de 45 kg. como alto riesgo.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería darán a conocer en las sesiones educativas el riesgo para la salud con la finalidad de prevenir y detectar riesgos de forma oportuna.
- Las familias serán líderes en la prevención de riesgos en las embarazadas con menos de 45 kg.
- Las autoridades de salud reproductiva darán apoyo educativo a las mujeres con menos de 45 kg. para prevenir y detectar riesgos.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia lograrán que las embarazadas con menos de 45 kg. tengan hijos con peso normal al nacimiento.
- Las familias de las embarazadas lograrán incrementar el peso dentro de los límites establecidos.
- Las autoridades de salud reproductiva lograron que las embarazadas incrementen 1.5 kg. en el primer trimestre 1 a 1.5 cada mes en el 2º trimestre y de 1.5 a 2 kg. cada mes en el tercer trimestre.

5.5.8 Riesgos de preeclampsia

- Resultados de la investigación

Desconocimiento de la preeclampsia como riesgo elevado para la salud.

- Conducta previa relacionada

Las embarazadas ignoran la sintomatología de la preeclampsia y la relación de la hipertensión arterial, el edema y la proteinuria.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas en donde se explique la importancia de la preeclampsia en la salud de las embarazadas.
- Realizar consejería en las embarazadas para que comprendan que es el edema y como se presenta como signo de riesgo del embarazo de manera permanente en cualquier momento que lo solicitan.
- Dar a conocer la importancia de los exámenes de laboratorio y la importancia que tienen en la detección de la preeclampsia en las mujeres de Xoxocotla.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia se responsabilizarán de la educación de las embarazadas sobre la identificación de los signos y síntomas de preeclampsia.
- La familia se concientizará de los riesgos de la preeclampsia y estará en constante vigilancia de las embarazadas de la atención prenatal.
- Las autoridades de los centros de salud mantendrán los programas de prevención de preeclampsia de manera permanente.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia realizarán visitas domiciliarias a las embarazadas con la finalidad de vigilar la presencia de los signos y síntomas de preeclampsia.
- Los líderes de la familia llevarán a la embarazada a la clínica para su control prenatal en las citas programadas y en los casos de presentar signos y síntomas de preeclampsia.
- Las autoridades de salud de la localidad de Xoxocotla atenderán a las embarazadas en forma oportuna para prevención de riesgos.

- Evaluación

- Disminuir la morbilidad por preeclampsia.
- Los programas educativos lograrán concienciar a las embarazadas del alto riesgo para la salud de la preeclampsia.
- Los líderes de la comunidad serán formados como promotoras de salud en la prevención de la preeclampsia.
- Todas las mujeres embarazadas conocerán los signos y síntomas de preeclampsia como alto riesgo para su embarazo.

5.6 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**, CON BASE EN EL MODELO DE NOLA PENDER

5.6.1 Riesgo de Estrés

- Resultado de la investigación

Desconocimiento del estrés como factor de riesgo para las mujeres embarazadas.

- Conducta previa relacionada

Las mujeres de Xoxocotla ignoran que el estrés fuera un factor de riesgo en el embarazo.

- Percepción de los beneficios de acción

- Impartir cinco sesiones clínicas donde se destaque el estrés como condicionante de riesgo elevado para las embarazadas.
- Valorar a las mujeres embarazadas que manifiestan datos de estrés para aplicar intervenciones y acciones de prevención, detección y limitación de daños.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia asumirán el compromiso de incluir en todas las sesiones la información suficiente y adecuada para la comprensión por parte de las mujeres embarazadas.
- Las familias de las embarazadas se comprometerán a llevar a sus pacientes a las sesiones clínicas y adquieren conocimiento en conjunto con su paciente.
- Las Instituciones de Salud incluirán información de comunicación educativa en los programas educativos.

- Conducta promotora de la salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia colaborarán en la difusión de los carteles de información de las sesiones clínicas dirigidas a las embarazadas.

- Los familiares identificarán signos y síntomas de estrés en las embarazadas y acompañan a las instituciones de salud para recibir el cuidado.
- Las instituciones de salud mantendrán los programas de prevención en la comunicación educativa.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia logran disminuir el estrés como factor de riesgo en el embarazo.
- Los familiares de las embarazadas se concientizan de la importancia de la educación para identificar y prevenir el estrés como factor de riesgo.
- Las Instituciones de Salud consideran el estrés como un indicador de riesgo en las mujeres embarazadas y lo integran en los Programas de Comunicación educativa en forma permanente.

5.6.2 Riesgo de Depresión

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de la Depresión como factor de riesgo en las embarazadas.

- Conducta previa relacionada

- Las mujeres de Xoxocotla ignoran que la depresión fuese un factor de riesgo para la salud en la mujer embarazada.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones clínicas donde se incluirán los signos y síntomas de depresión para identificar los riesgos para la salud de las embarazadas.
- Aplicar más de tres valoraciones de depresión a las mujeres embarazadas para aplicarles acciones de prevención y detección de riesgos.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería se responsabilizarán de la impartición de las sesiones y la comprensión de las embarazadas en la temática.
- Los familiares de las embarazadas se responsabilizarán de llevarlas a todas sesiones y de contribuir en la valoración y aplicación de intervenciones y acciones.
- Las instituciones de salud deberán cumplir con las normativas para la aplicación de los Programas de Educación para la Salud.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería harán carteles y trípticos con los riesgos para la salud de la depresión.
- Los familiares de las embarazadas tendrán los conocimientos básicos de los signos y síntomas de la depresión para atender a las mujeres con riesgo.
- Las instituciones de salud harán la difusión.

- Evaluación

- Lograr los mejores resultados en la difusión de los riesgos para la salud en la depresión de las mujeres embarazadas.
- Los familiares están concientizados de la depresión como factor de alto riesgo en el embarazo.
- Las instituciones mantendrán la evaluación de la efectividad de los programas educativos en la prevención de la depresión en el embarazo.

5.6.3 Riesgo de embarazo no deseado

- Resultado de la investigación

Desconocimiento del embarazo no deseado como factor de riesgo.

- Conducta previa relacionada

Ignorancia sobre el riesgo del embarazo no deseado.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas en las que se hace conciencia de su cuerpo y su sexualidad para prevenir embarazos no deseados.

- Compromiso de un plan de acción.

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia abordarán de manera responsable la toma de conciencia de las mujeres embarazadas de su cuerpo y su sexualidad.
- Los familiares de las mujeres embarazadas apoyarán las decisiones que estas asuman con respeto.
- Las instituciones prestadoras de servicio de salud asumirán el compromiso de orientar e informar a la población en edad reproductiva sobre la toma de decisiones al tener relaciones sexuales.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia profundizarán en la responsabilidad que implica el ejercicio de la sexualidad dentro de una cultura.
- Las familias de las mujeres embarazadas evitarán la censura en el embarazo no deseado y muestran el apoyo.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud enfatizarán la comunicación educativa a través de los medios masivos sobre la toma de decisiones en el ejercicio de la sexualidad de forma responsable.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia logran crear conciencia en las mujeres de su cuerpo y sexualidad para prevenir embarazos no deseados.
- Los familiares de las mujeres embarazadas establecen redes de apoyo que mejoren la relación familiar y fortalecen la conciencia de estas en la prevención de embarazos no deseados.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud logran crear una cultura de prevención de embarazos no deseados.

5.7 INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA **DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL** CON BASE EN EL MODELO DE NOLA PENDER

5.7.1 Riesgo de baja escolaridad

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de la baja escolaridad como factor de riesgo

- Conducta previa relacionada

Ignorancia de que la baja escolaridad fuese factor de riesgo para el embarazo.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones en las que se resalten los riesgos de la baja escolaridad de las embarazadas en la salud de la madre y el hijo.
- Integrar cinco talleres para proporcionar las bases de la educación para el cuidado de la salud en el embarazo y estimularla hacia el continuar la educación.
- Las instituciones educativas y de salud realizarán actividades de comunicación educativa donde sobresalga.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia serán responsables de la educación de las embarazadas las concientiza sobre los riesgos para la salud en la baja escolaridad.
- Los familiares de las embarazadas conducirán a estas a la clínica para que reciban las sesiones de educación para la salud en forma.
- Las instituciones de salud asumirán la responsabilidad de la comunicación educativa en la temática de la baja escolaridad.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería harán promoción de las sesiones educativas a través de carteles y trípticos para enfatizar la baja escolaridad como factor de riesgo.
- Los familiares de las embarazadas se concientizarán de la importancia de la escolaridad como riesgo en el embarazo.
- Las instituciones educativas y de salud harán Programas dirigidos a la población de la importancia de la escolaridad como factor de riesgo.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería logran concienciar a las embarazadas del riesgo para la madre y el hijo de la baja escolaridad.
- Los familiares de las mujeres embarazadas logran que se tengan todas las sesiones educativas que se programaron.
- Las autoridades de salud consideran la baja escolaridad como un indicador de riesgo que mide la efectividad de la salud.

5.7.2 Riesgo de cargas excesivas de trabajo.

- Resultado de la investigación

Desconocimiento en las embarazadas de las cargas excesivas de trabajo como un alto factor de riesgo para la madre y el hijo en las embarazadas.

- Conducta previa relacionada

Ignorancia que las cargas excesivas de trabajo influyeron un riesgo elevado para la salud de las embarazadas.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones clínicas por parte de los Licenciados en Enfermería para resaltar los perjuicios en el embarazo propiciados por las cargas excesivas.
- Realizar valoración en las mujeres embarazadas detectadas con riesgo para la salud con actividades de cargas excesivas de trabajo.
- Realizar acciones de prevención, detección y delimitación de daño en aquellas mujeres embarazadas que son valoradas con cargas excesivas de trabajo.

- Compromiso en un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia se responsabilizarán de la comprensión en las embarazadas de los contenidos en las sesiones clínicas en referencia a las cargas excesivas de trabajo.
- Los familiares de las embarazadas llevarán a las embarazadas a todas las sesiones clínicas y se comprometen a disminuir las cargas excesivas de trabajo.
- Las instituciones de salud incluirán la temática de cargas excesivas de trabajo en todos los programas de comunicación educativa.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia difundirán la temática de cargas excesivas de trabajo en trípticos y carteles en las mujeres embarazadas.
- Los familiares de las embarazadas harán concientes del riesgo para la salud de las cargas excesivas de trabajo las apoyan para disminuirlas.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia logran disminuir las cargas excesivas de trabajo en las embarazadas.
- La contribución de los familiares de las embarazadas en la educación para la salud logra la efectividad de los riesgos para la salud.
- Las autoridades de salud incluyen las cargas excesivas de trabajo como los indicadores de bienestar en el embarazo.

5.7.3 Riesgo de bajos recursos económicos

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de las embarazadas del alto riesgo de los bajos recursos económicos.

- Conducta previa relacionada

Ignorancia de los bajos recursos económicos como alto riesgo para la salud de las mujeres embarazadas.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartición de cinco sesiones educativas donde se hace conciencia de los riesgos de los bajos recursos económicos para un nacimiento pretermino, bajo peso al nacer, desnutrición en útero.
- Realización de talleres en pequeños grupos con las mujeres embarazadas para detectar un riesgo sobre cuidados específicos para la madre y el feto.
- Realizar cinco sesiones educativas individuales a las mujeres embarazadas en riesgo para prevenir los riesgos para la salud.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia harán conciencia en las mujeres embarazadas en la reducción sobre los riesgos para la salud por los bajos recursos económicos.

- La familia de las mujeres embarazadas, las llevarán a recibir sus sesiones educativas al Centro de Salud para evitar los riesgos para la salud.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia promoverán estilos de vida de cambio por las condiciones de pobreza de las mujeres embarazadas.
- La familia de las embarazadas apoyarán en la promoción los estilos de vida saludables por las condiciones de bajos recursos económicos.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia lograrán la promoción de estilos de vida para la precaución de los riesgos que implican los bajos recursos económicos.
- Las familias de las embarazadas fortalecerán desde los hogares la promoción de los cambios en los estilos de vida saludables por las condiciones de bajos recursos económicos formando redes de apoyo.

5.7.4 Riesgo de la no convivencia con la pareja

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de las embarazadas de que la no convivencia con la pareja es un factor de riesgo.

- Conducta previa relacionada

Ignorancia de la convivencia con la pareja como un factor de alto riesgo.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas con énfasis en la educación para la salud para propiciar la maternidad saludable y sin riesgos.
- Impartir cinco talleres vivenciales en las embarazadas detectadas con riesgo para crear conciencia de la importancia de la convivencia con la pareja en un proyecto de vida en común para llevar una maternidad saludable.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia tendrán un cuidado especial en resaltar los cuidados de la convivencia con la pareja de

las mujeres embarazadas con la finalidad de obtener una maternidad saludable.

- La familia de las mujeres embarazadas, llevarán a sus pacientes a las sesiones educativas del Centro de Salud.
- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia harán promoción para la salud sobre la importancia de la convivencia con al pareja en las mejores condiciones para obtener una maternidad saludable.
- La familia de las embarazadas serán promotoras de salud en apoyo a la convivencia con la pareja para obtener una maternidad saludable.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia promoverán un estilo de vida saludable en la educación reproductiva en las mujeres embarazadas.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia obtendrán los mejores resultados con las mujeres embarazadas en convivencia con la pareja y una maternidad saludable.

- La familia de las embarazadas serán redes de apoyo y fortaleza para las mujeres embarazadas en convivencia con la pareja hacia la maternidad saludable.

5.7.5 Riesgo de falta de educación reproductiva

- Resultado de la investigación

Desconocimiento de las embarazadas de que la Educación Reproductiva es un factor de riesgo.

- Conducta previa relacionada

Ignorancia de que la Educación Reproductiva es un factor de alto riesgo para la salud por las mujeres embarazadas.

- Percepción del beneficio de acción

- Impartir cinco sesiones educativas a las mujeres embarazadas con la finalidad de sensibilizarlas sobre un comportamiento sexual responsable.
- Realizar cinco talleres educativos con modelos anatómicos e instrumentos para demostraciones de empleo de Metodología anticonceptiva con las mujeres embarazadas.

- Compromiso de un plan de acción

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia profundizarán en las temáticas en educación reproductiva en las sesiones educativas de forma comprometida.
- Las familias de las mujeres embarazadas llevarán a las sesiones educativas y a los talleres participando en conjunto en la educación reproductiva.

- Conducta promotora de salud

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia promoverán un estilo de vida saludable en la educación reproductiva en las mujeres embarazadas.

- Evaluación

- Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia lograrán que todas las mujeres embarazadas estén sensibilizadas en la educación reproductiva.
- Las familias de las mujeres embarazadas serán redes de apoyo en el cambio de estilos de vida de la mujer embarazada.
- Las familias de las mujeres embarazadas favorecerán y apoyarán el cambio en la educación reproductiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Se lograron los objetivos de la investigación al poder analizar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo, en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla del Municipio Puente de Ixtla, en el Estado de Morelos.
- Con 120 encuestas aplicadas a las mujeres embarazadas del Centro de Salud, se pudo detectar a los datos sociodemográficos. En los datos sociodemográficos el 62.51% de la población tienen entre 20 y 31 años de edad, el 55.84% tienen una vivienda de tabique, cemento, laminas de asbesto, con piso aunque hay un 43.33% cuya vivienda es de lámina de cartón y piso de tierra. En cuanto a los recursos sanitarios el 61.50% tiene recursos sanitarios como drenaje, agua y disposición de excretos aunque hay también quienes carecen de todo. El medio de transporte que utilizan es en un colectivo, moto, taxi, aunque hay un 19.16% que carece de medio de transporte. El 56.67% conviven con animales porque tienen que cuidarlos y protegerlos. Con los datos sociodemográficos anotados se puede visualizar que es una población con extrema pobreza, que carecen de muchos recursos, que cuentan con algunos recursos en el ámbito de la salud, por lo que constituye un verdadero reto para el personal de Enfermería en cuanto a intervenciones integradas.

- En cuanto a la dimensión biológica se encontró que es la dimensión más afectada de desconocimiento en la población de embarazadas ya que el 54.16% desconocen el periodo intergenésico, el 52.50% desconocen en la importancia de talla menor a 1.50 cm, el 50.83% desconoce la importancia de la desnutrición, el 55.83% desconocen la multiparidad, el 48.33% desconocen que es el aborto, el 43.34% no tienen conocimiento de que edades menores a 18 y menores a 38 son un factor de riesgo, el 42.50% desconocen también que pesos menores a 45 kilos son factor de riesgo y el 42.50% desconoce la preeclampsia como factor de riesgo.
- En cuanto a la Dimensión Psicológica también existe un desconocimiento de los factores de riesgo dado que para el 60% de las encuestadas tienen estrés, el 56.67% desconocen la depresión como factor de riesgo, el 48.33% los embarazos no deseados, el 39.16% el apoyo de la suegra, el 38.33% el apoyo de la pareja y el 26.26% las costumbres de asistir a las consultas. Llama la atención que los pacientes tienen enormes problemas psicológicos con estrés, depresión y embarazos no deseados que inciden directamente en la dimensión biológica analizada, en forma muy negativa.
- En relación con la Dimensión Sociocultural la escolaridad para el 62.50% de las embarazadas es determinante para los embarazos de riesgo, lo que implicaría que a mayores estudios se podrían lograr, menos embarazos. El 46.67% desconocen que las cargas

de trabajo excesivas son también un factor de riesgo, el 46.66% los bajos recursos económicos ya que la pobreza en que viven hacen que las embarazadas dependan de los maridos para salir adelante, el 45% desconoce como factor de riesgo el contar con una pareja, el 43.33% desconoce la importancia de la educación reproductiva, el 40.84% desconocen la toma de decisiones dado que es la suegra quien realiza esta función en lugar de la madre. En cifras de menor importancia para las embarazadas se reportó que en un 46.66% desconoce la importancia de acudir a las consultas médicas, el 24.16 también desconoce la calidad de los servicios que se otorgan en el Centro de Salud y el 14.16% desconoce que las agresiones sexuales de la pareja signifiquen un factor de riesgo para el embarazo. Esto ocurre porque posiblemente las embarazadas que cuentan con su pareja ven entre “normal” las agresiones sexuales de ellos.

- En términos generales se puede decir que de las tres dimensiones estudiadas, la dimensión más desconocida por las embarazadas es la dimensión biológica, seguida de la dimensión sociocultural con baja escolaridad con cargas de trabajo excesivas, con bajos recursos económicos, con bajo nivel de educación reproductiva y conflictos de convivencia con la pareja. En el caso de la dimensión psicológica hay un desconocimiento totalmente al estrés como factor de riesgo, los embarazos no deseados, la depresión, la intromisión de las suegras en todo lo relativo al embarazo y el escaso apoyo de la pareja. Todas las dimensiones estudiadas debieran ser analizadas a fin de incidir de manera determinante en

una intervención biológica, psicológica y social de enfermería en forma integral para apoyar a las embarazadas de la comunidad de Xoxocotla.

- Se comprobó la hipótesis de trabajo que dice H_2 : Existe un bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud Xoxocotla, del Municipio Puente de Ixtla en el Estado de Morelos. Por tanto, se disprueba la hipótesis nula que dice H_0 : Existe un alto nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo biopsicosociales del embarazo en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Xoxocotla del Municipio Puente de Ixtla en el Estado de Morelos.
- En cumplimiento de los objetivos específicos donde se solicitaba identificar los factores de riesgo biopsicosociales que están presentes en las mujeres, embarazadas, se pudo identificar como factores de riesgo biológicos el desconocimiento del periodo intergenésico, de la talla menor a 1.50 cm., de la desnutrición, de la multiparidad, del aborto, de la edad menor a 18 y mayor a 38 años para el embarazo, del peso menor a 45 kilogramos y de la preeclampsia.
- En relación con el riesgo psicológico se detectó un desconocimiento con los factores de riesgo: estrés, depresión, embarazos no deseados, apoyos de la suegra, apoyos de la pareja y desconocimiento, de las costumbres de acudir a las consultas.

En cuanto a la dimensión sociocultural existe desconocimiento de cómo la escolaridad es un factor de riesgo, así como también las cargas de trabajo excesivas, los bajos recursos económicos, la falta de convivencia de pareja, la falta de educación reproductiva, la falta de toma de decisiones, las consultas médicas y en menor medida la calidad de los servicios clínicos que se otorgan, así como las agresiones sexuales de la pareja que es visualizada en último lugar minimizando los riesgos que este conlleva.

6.2 RECOMENDACIONES

- Para el Centro de Salud

- Crear Módulos de Atención Materno Infantil para dar cabida a las mujeres embarazadas de la región utilizando como principal recurso humano al Licenciado de Enfermería y Obstetricia que pueden prevenir riesgos oportunamente, canalizar a los pacientes para una atención especializada y controlar embarazos saludables en las mujeres de la localidad de Xoxocotla.
- Negociar con la máxima autoridad sanitaria, es decir, el Secretario de Salud, con el objeto de presentarle de manera oportuna todas las carencias y necesidades que tiene la jurisdicción en materia de personal, de recursos físicos y de recursos financieros para contar con todos los insumos indispensables de la atención de calidad.

- Elaborar un Diagnóstico Situacional de la localidad de Xoxocotla mediante el acercamiento de esta comunidad a la salud; quedando la responsabilidad de coordinar estos encuentros al licenciado de enfermería.
- Realizar un Programa de Trabajo dirigido al personal de enfermería en relación con el cumplimiento de objetivos y metas institucionales a fin de lograr la productividad en materia de atención de enfermería de la Jurisdicción Sanitaria.
- Invitar a las autoridades Sanitarias de la Jurisdicción para tener encuentros con los líderes de Xoxocotla de tal suerte que sean los mismos líderes promotores de la salud de las familias.
- Capacitar al personal de enfermería sobre los factores de riesgo psicosociales del embarazo a fin de que este personal sea capaz de concienciar a las mujeres embarazadas en estos aspectos de la región.
- Crear un Programa de Capacitación con Sesiones clínicas grupales mensuales en donde se presentan casos relacionados con el embarazo, parto y puerperio a fin de identificar claramente cual debe ser la actuación profesional de enfermería.
- Instruir al personal de enfermería de la Jurisdicción Sanitaria en aspectos de complicaciones de placenta previa, desprendimiento de placenta por envejecimiento vascular; de tal suerte que este

personal refuerce los conocimientos y brinde una atención integral a la mujer embarazada.

- Planear un Programa Integral de Educación de enfermería a partir de un diagnóstico situacional que permita identificar que es lo que el personal de enfermería necesita para reforzar los conocimientos que eviten poner en peligro la integridad física de la mujer embarazada.
- Instruir al personal de enfermería para que identifique signos de alarma durante la consulta prenatal como: dolor, epigástrico, lumbar, hemorragia, etc. que le permita tomar decisiones oportunas de atención inmediatas a favor de la mujer embarazada.
- Orientar al personal de enfermería mediante un Programa de Educación Continua institucional sobre todos los aspectos que conlleva el embarazo en las diferentes edades de la vida de la mujer.
- Capacitar al personal de enfermería para que éste a su vez, oriente a la embarazada sobre las cargas de trabajo excesiva que repercuten de manera negativa en la mujer y en el feto al nacer que los músculos implicados en el esfuerzo requieran mayor flujo sanguíneo y como consecuencia, menor riego sanguíneo en el feto.

- Realizar un Seminario Permanente de Capacitación con reconocimiento universitario, sobre áreas de Ginecología y Obstetricia que tenga valor curricular de manera presencial y una vez por semana, a fin de que el personal de enfermería pueda cubrir horas crédito de la Licenciatura en enfermería realizando Diplomados en la región.
- Orientar a las familias que tengan relación con la mujer embarazada, concientizando a la pareja de la responsabilidad que adquiere en la concepción de un hijo que este sea recibido en las mejores condiciones de: alimentación, vivienda, educación, asistencia médica a fin de lograr un embarazo sin riesgo.
- Invitar a las parteras tradicionales para que reciban asesorías en materia de Salud reproductiva y también intercambien sus experiencias con los licenciados en enfermería a fin de aprovechar los conocimientos universitarios y la experiencia empírica a favor de las familias de Xoxocotla.
- Promover la educación continua de enfermería en materia de educación reproductiva integral, tanto desde el punto de vista biológico, legal, psicológico y sociocultural de la región a fin de que este personal aproveche los recursos con que cuenta en la región y logre beneficios para la mujer embarazada.
- Capacitar al personal de enfermería de la jurisdicción Sanitaria, específicamente para estudiar la Norma Oficial Mexicana NOM-

007-SSA2-1993 que se refiere a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a fin de promover los embarazos saludables.

- Concienciar al personal de enfermería para que este a su vez imprima valores personales que permitan que las mujeres de Xoxocotla tomen decisiones unilaterales sobre su cuerpo, ejerciendo su sexualidad con responsabilidad y al apego de su salud integral.
- Realizar dentro del Programa de Educación Continua integral un Seminario de Metodología de la investigación que permita desarrollar proyectos de investigación sobre áreas problema de investigación relacionando con la salud reproductiva.
- Invitar a expertos y expertas en obstetricia a la jurisdicción para que brinden asesorías, pláticas, conferencias, seminarios, talleres, etc. que permitan incrementar el nivel de conocimientos del personal de enfermería a mujeres embarazadas.
- Evaluar la productividad Institucional mediante informes escritos de la actuación profesional de enfermería y su decidida participación en beneficio de las mujeres embarazadas de la comunidad de Xoxocotla.
- Premiar al personal de enfermería más destacado con estímulos económicos y reconocimiento institucional para valorar la atención

que enfermería está proporcionando en materia de salud reproductiva.

- Realizar una supervisión en las áreas de la Jurisdicción Sanitaria número I de Jojutla para identificar necesidades de capacitación del personal, así como también áreas problema relacionado con la falta de conocimientos del personal de enfermería de la región.
- Medir la productividad del personal de enfermería en relación con la atención en el embarazo de las mujeres de Xoxocotla a fin de que ésta productividad permita ser valorada y retroalimentada para el logro de las metas institucionales.
- Realizar un evento de enfermería obstétrica cada dos años llevando a la región conferencistas prestigiados en materia de salud reproductiva y que en jornadas académicas y científicas el personal de enfermería incremente sus conocimientos y experiencia para beneficio de la atención que brinda.
 - Para el personal de Enfermería
- Realizar consejería mediante la conducción de la mujer embarazada con problemas, canalizándola a servicios especializados de atención médica, psicológica acorde a sus necesidades.

- Reunir en sesiones informativas a las mujeres embarazadas para identificar sus problemas, su situación nutricional, su peso, su talla, su situación de pobreza y sus complicaciones del embarazo, para actuar a favor de la mujer con una atención expedita y eficiente.
- Realizar jornadas de adolescentes de ambos sexos para explicarles en que consiste la planificación familiar y los métodos que se utilizan para prevenir los embarazos a temprana edad.
- Acudir a Escuelas Primarias y Secundarias de la localidad de Xoxocotla, para hacer entender a los jóvenes que no deben embarazarse a edades tempranas ya que esto afecta su entorno familiar, su integridad físico y emocional.
- Detectar en la mujer embarazada los primeros signos de depresión que afectan directa o indirectamente en la dinámica familiar, con la pareja y con el producto.
- Capacitar a las mujeres embarazadas a fin de poder evitar el estrés y los conflictos de la familia de tal suerte que se puedan prevenir factores de riesgo psicosociales que pongan en peligro a la madre y al producto.
- Comprender cada uno de los pasos de la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 a fin de apegarse a ello y promover embarazos saludables en la comunidad.

- Realizar visitas domiciliarias en la Comunidad de Xoxocotla, para detectar oportunamente riesgos biopsicosociales en las embarazadas y atender dichos riesgos con intervenciones oportunas.
- Externar todas las dudas que se tengan en materia de salud reproductiva para que el personal de enfermería con mayor antigüedad y conocimientos, puedan resolverlos, para proporcionar mejores Servicios de Enfermería.
- Coordinar los Módulos de Atención Materno Infantil atendiendo a la mujer embarazada con intervenciones de enfermería, para prevenir riesgos oportunamente y brindar una atención integral a los pacientes.
- Asistir a los cursos, Talleres, Seminarios convocados por la Jurisdicción Sanitaria con el objeto de incrementar los conocimientos sobre la salud reproductiva y brindar una intervención de enfermería de calidad.
- Canalizar a la mujer embarazada desnutrida para que reciba orientación nutricional, con fuentes energéticas, claves como proteínas, vitaminas y los minerales necesarios durante el embarazo.

- Reiterar a las mujeres embarazadas de la necesidad de acudir a las consultas médicas periódicas para poder detectar oportunamente los factores de riesgo del embarazo.
- Adiestrar al personal de nuevo ingreso en el Centro de Salud sobre todos los factores de riesgo que conlleve el embarazo, realizando el seguimiento de cada una de las pacientes de la comunidad de Xoxocotla.
- Orientar a las mujeres embarazadas sobre los primeros signos de riesgo biopsicosociales a fin de que ellas estén conscientes de la búsqueda de ayuda cuando estos se presenten para corregir desviaciones y lograr embarazos saludables.
- Realizar seminarios permanentes de orientación sexual y reproductiva invitando a ello a las familias y a sus hijos tomando la interculturalidad de la población.
- Informar a las mujeres embarazadas de edades avanzadas que en transcurso del embarazo se pueden presentar abortos espontáneos, preeclampsia o parto pretérmino que ponen en peligro la vida de ellas y de sus productos.
- Identificar los signos y síntomas de la preeclampsia como hipertensión, edema y proteinuria a fin de actuar decididamente con una intervención de enfermería profesional para atender y cuidar a la mujer durante el embarazo y evitar el factor de riesgo.

- Realizar asesorías socioculturales a las parejas para hacer entender a los maridos, de la responsabilidad que se adquiere en un embarazo de apoyar a la madre y de proveer todos los recursos que requiere la mujer embarazada.
- Canalizar a las mujeres embarazadas que han tenido problemas de índole familiar o de agresiones para conducir las a una asistencia legal, médica y psicológica que les permita reorientar sus vidas y mejorar su salud integral.
- Dar a conocer a las embarazadas los métodos de Planificación Familiar que existen a fin de que los pongan en práctica y tengan embarazos responsables con periodos intergenésicos adecuados y con los recursos que un embarazo conlleva.
- Asistir a eventos científicos de enfermería sobre aspectos de salud reproductiva que permita el incremento de conocimientos y experiencias para beneficio personal de las embarazadas y de la comunidad.
- Calcular el personal de enfermería necesario que permita equilibrar la cantidad de personal que se requiere para realizar la atención prenatal en las mujeres embarazadas dentro y fuera del Centro de Salud.
- Asistir a las sesiones clínicas de enfermería grupales y mensuales en donde se presenten casos relacionados con el embarazo, parto

y puerperio a fin de identificar claramente la actuación profesional de enfermería y las conductas a seguir en cada caso.

- Utilizar los medios de transporte con que cuente la comunidad para facilitar el traslado de la embarazada al Centro de Salud para su atención oportuna y garantizar el embarazo saludable.
- Asistir a cursos, talleres, conferencias, jornadas y eventos científicos de diversa índole que permita obtener nuevas experiencias para mejorar la actuación profesional.

7. ANEXOS Y APÉNDICES

- ANEXO No. 1: EVALUACIÓN DEL RIESGO MATERNAL Y PERINATAL
- ANEXO No. 2: PRUEBAS PARA IDENTIFICAR A LA MUJER EN RIESGO
- ANEXO No. 3: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES MAYORES
- ANEXO No. 4: DIFERENCIACIÓN ENTRE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA
- ANEXO No. 5: RED DE INFLUENCIAS QUE PUEDEN AFECTAR EL RESULTADO DEL EMBARAZO
- ANEXO No. 6: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA
- ANEXO No. 7: VALORACIÓN DEL ABORTO
- ANEXO No. 8: TIPOS DE ABORTO
- ANEXO No. 9: FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

- ANEXO No. 10: HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD
- ANEXO No. 11: ORIENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD
- ANEXO No. 12: HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LEAVELL Y CLARK
- ANEXO No. 13: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMO ESTRATEGIA
- ANEXO No. 14: MODELO DE CREENCIAS EN SALUD
- ANEXO No.15: LA AUTOEFICACIA DE ALBERT BANDURA, COMO UNA FORMA DE AUTOCONOCIMIENTO
- ANEXO No. 16: MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
- ANEXO No. 17: ASUNCIONES DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
- ANEXO No. 18: BIOGRAFÍA DE NOLA J. PENDER
- ANEXO No. 19: MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER

ANEXO No. 20: PREMISAS DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

ANEXO No. 21: PRINCIPALES SUPUESTOS DEL MODELO DE NOLA PENDER

- APÉNDICE No. 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN
- APÉNDICE No. 2: FACHADA DEL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA
- APÉNDICE No. 3: PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS
- APÉNDICE No. 4: PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS
- APÉNDICE No. 5: MUJER EMBARAZADA DE LA COMUNIDAD DE XOXOCOTLA, MORELOS
- APÉNDICE No. 6: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR, DE LA MUJER EMBARAZADA
- APÉNDICE No. 7: INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA CON MUJERES EMBARAZADAS
- APÉNDICE No. 8: INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA CON MUJERES EMBARAZADAS

ANEXO No. 1

EVALUACIÓN DEL RIESGO MATERNAL Y PERINATAL

- i. Malos antecedentes obstétricos
- ii. Esterilidad previa
- iii. Cesárea anterior u otra cirugía uterina previa
- iv. Edad materna mayor de 35 años o inferior a 18
- v. Patología ginecológica asociada
- vi. Diabetes mellitus
- vii. Infección materna grave
- viii. Enfermedad materna grave
- ix. Eclampsia
- x. Anemia (Hb menor de 10 gr/dl sangre)
- xi. Hemorragias vaginales
- xii. Isoinmunización
- xiii. Sospecha de CIR (crecimiento intrauterino retardado)
- xiv. Amenaza de parto prematuro
- xv. Rotura prematura de membranas
- xvi. Embarazo múltiple
- xvii. Embarazo prolongado
- xviii. Tabaquismo
- xix. Alcohol
- xx. Drogas
- xxi. Problemas psíquicos
- xxii. Problemas sociales
- xxiii. Embarazo no deseado
- xxiv. Otros

FUENTE: RUIZ P; Francisco Javier y Carmen Alvarez Nieto. *Evaluación del riesgo maternal y perinatal*. Curso Académico. 2008. Documento impreso. Madrid, 2008. p. 1.

ANEXO No. 2

PRUEBAS PARA IDENTIFICAR A LA MUJER EN RIESGO

- Prueba de cambio de decúbito (*roll over test*).
- Tensión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg confirmada en el primero o segundo trimestres.
- Un ascenso ≥ 15 mm Hg en la diastólica en comparación con cifras conocidas antes del embarazo o en el primer trimestre.
- Prueba de la sensibilidad arteriolar a la angiotensina II.
- Titulación de la antitrombina II, de la precalicreína, de complejos trombina-antitrombina y de la tromboglobulina beta.
- Inhibición del factor activador del plasminógeno.
- Titulación de la prostaciclina y del tromboxano.
- Medición de la isoferritina (placentaria).
- Pruebas de fisiología plaquetaria.
- Medición de fibronectina celular.
- Estimación ultrasónica de flujos sanguíneos y resistencias vasculares en los circuitos uteroplacentario y fetoplacentario.
- Detección de microalbuminuria.
- Medición de la tasa de excreción renal de Ca^{++} /creatinina.

FUENTE: LÓPEZ LL; Mario. *Preeclampsia-eclampsia: Generalidades sobre diagnóstico y tratamiento*. En Fiorell-Alfaro. *Complicaciones médicas en el embarazo*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. México, 1996. P. 72.

ANEXO No. 3

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES
MAYORES**Factores de Riesgo Obstétrico ¹**

- Adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años*
- Diabetes
- Multigravidez
- Malformaciones congénitas
- Muerte Fetal
- Nefropatía
- Prematurez
- Preeclampsia-aclampsia (PE)
- Edad de 35 años o más
- Hipertensión arterial
- Abortos
- Cesárea previa
- Hemorragias en la 2ª mitad del embarazo
- Cardiopatía
- Intervalo intergenésico menor de 2 años

* Se considera edad ginecológica al tiempo transcurrido entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación.

Complicaciones Mayores. ¹

- Hipertensión gravídica
- Preeclampsia-eclampsia
- Inserción baja de placenta en caso de sangrado
- Ruptura prematura de membranas
- Malformaciones congénitas
- Nefropatía
- Hipertensión arterial esencial
- Retraso en el crecimiento uterino
- Aborto
- Embarazo ectópico
- Embarazo múltiple
- Embarazo molar
- Muerte fetal
- Diabetes
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
- Anormalidades de la situación y posiciones fetales (al inicio del trabajo de parto)

FUENTE: Instituto de Salud Pública de México. *Atención del embarazo con enfoque de riesgo*. Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud. Vol. 2. No. 9. CENIDS. Documento impreso. México, 2011. p. 2.

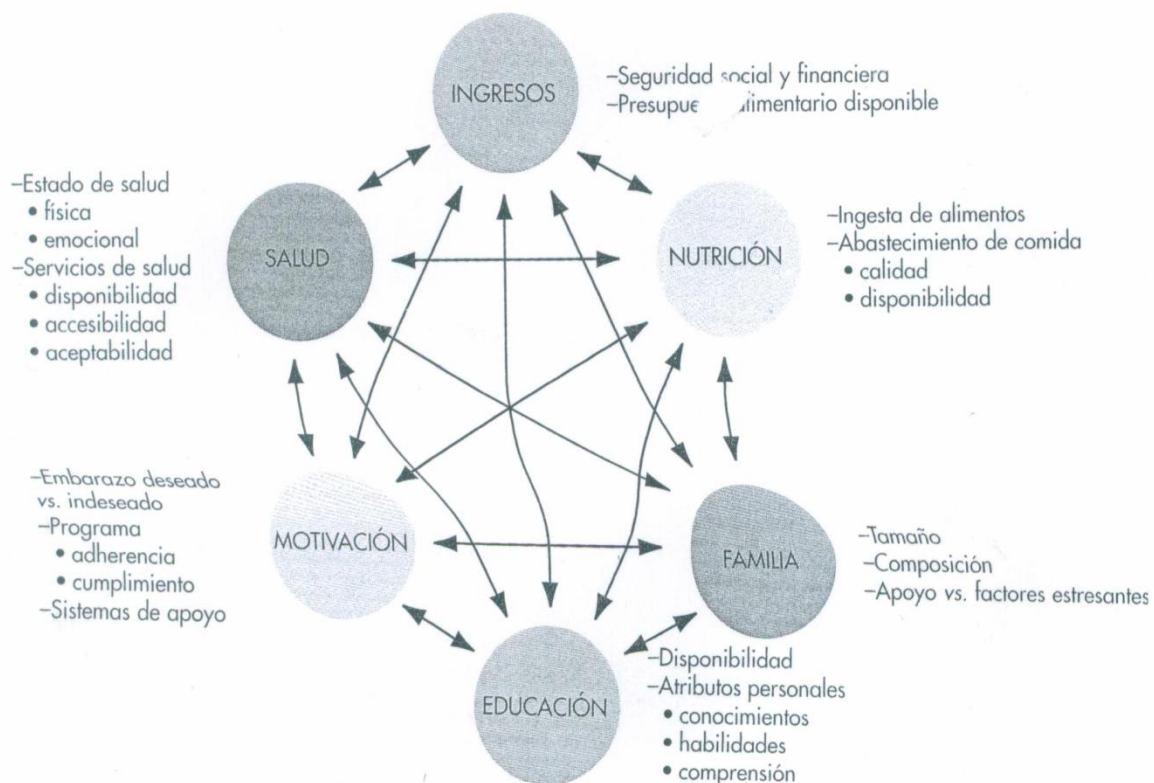
ANEXO No. 4

DIFERENCIACIÓN ENTRE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA

	Preeclampsia leve	Preeclampsia severa
Efectos maternos		
Presión arterial	Elevación en la presión sistólica de 30 mm de Hg o más; elevación de la presión diastólica de 15 mm de Hg o más o dos lecturas de 140/90 mm de Hg con 6 horas de diferencia	Elevación mayor o igual que 160/110 mm de Hg en dos ocasiones separadas con 6 horas de diferencia con la mujer embarazada en reposo en cama
PAM	140/90 mm de Hg = 107 mm de Hg	160/110 mm de Hg = 127 mm de Hg
Ganancia de peso	Ganancia de peso de más de 0,5 kg/semana durante el segundo y tercer trimestres o ganancia súbita de peso de 2 kg/semana en cualquier momento	Igual que la preeclampsia leve
Proteinuria	Proteinuria de 3 g/L en una muestra de 24 horas o mayor de 1g/L en una muestra tomada de día al azar en dos o más ocasiones con 6 horas de diferencia (debido a que la pérdida de proteínas es variable); con tiras reactivas los valores varían de 1+ a 2+	Proteinuria mayor de 5 g/L en 24 horas o mayor o igual a 2+ en tiras reactivas
Cualitativa		
Cuantitativa, en análisis de 24 horas		
Edema	Edema declive, edema de los ojos, la cara, los dedos; ausencia de estertores pulmonares	Edema generalizado, hinchazón notoria: ojos, cara, dedos; posiblemente presentes estertores pulmonares
Réflexos	Hiperreflexia 3+; no hay <i>clonus</i> de los tobillos	Hiperreflexia mayor o igual de 3+, <i>clonus</i> del tobillo
Producción de orina	La producción se corresponde con el consumo mayor o igual que 30 ml/h	Oliguria: menor de 30 ml/h o 120 ml/4 h
Cefalea	Transitorio	Severa
Problemas visuales	Ausentes	Visión borrosa, fotofobia, puntos ciegos en la fundoscopia
Irritabilidad/cambios afectivos	Transitorios	Severos
Dolor epigástrico	Ausente	Presente
Creatinina sérica	Normal	Elevada
Trombocitopenia	Ausente	Presente
Elevación AST	Mínima	Marcada
Hematócrito	Elevado	Incrementado
Efectos Fetales		
Perfusión placentaria	Reducida	Disminución de la perfusión que se expresa como CIR en el feto, FCF: desaceleraciones tardías
Envejecimiento placentario prematuro	No aparente	Al nacimiento, la placenta parece más pequeña de lo normal para la edad del embarazo, el envejecimiento prematuro es aparente, con numerosas áreas de sincitio roto, necrosis isquémica (infartos blancos) numerosos depósitos de fibrina intervellosa (infarto rojo)

FUENTE: GAGÑON P; Denise. *Trastornos hipertensivos. Del embarazo*. En Lowdermilk y Cols. *Enfermería Materno Infantil*. Ed. Harcourt Oceano. Madrid, 2010. p. 728.

ANEXO No 5.
 RED DE INFLUENCIAS QUE PUEDEN AFECTAR EL RESULTADO
 DEL EMBARAZO



FUENTE: COURTNEY M; Mary. *Nutrición materno y fetal*. En Lowdermilk y Cols. *Enfermería materno infantil*. Ed. Harcourt Océano. Madrid, 2010. p. 164.

ANEXO No. 6

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Nutriente	RND para la mujer no embarazada (25 a 50 años)	RND durante el embarazo	RND para la lactancia* (primeros 6 meses/segundos 6 meses)	Razones para el aumento del requerimiento	Fuentes alimenticias
Calorías	2.200	2200 (primer trimestre); 2500 (segundo y tercer trimestres)	2.700/2.700	Aumento de las necesidades de energía para el crecimiento fetal y la producción de leche	Carbohidratos, grasas, proteínas
Proteínas (g)	50	60	65/62	Síntesis de los productos de la concepción: feto, líquido amniótico, placenta; crecimiento de los tejidos maternos: útero, mamas, glóbulos rojos, proteínas plasmáticas; secreción de proteínas de la leche durante la lactancia	Carnes, huevos, leche, queso, legumbres (judías y guisantes secos, cacahuates), nueces, cereales
Minerales					
Calcio (mg)	800	1.200	1.200/1.200	Formación del esqueleto y los primordios dentales del feto; mantenimiento de la mineralización de los huesos y los dientes de la madre	Leche, queso, yogur, sardinas u otros pescados que se consumen con espinas, vegetales verdes oscuros exceptuando las espinacas o las acelgas+, tofu, judías cocidas
Fósforo (mg)	800	1.200	1.200/1.200	Formación del esqueleto y los primordios dentales del feto	Leche, queso, yogur, carnes, cereales integrales, nueces, legumbres
Hierro (mg)	15	30	15/15	Aumento de la producción de hemoglobina materna, almacenamiento de hierro en el hígado fetal	Hígado, carnes, panes y cereales integrales o enriquecidos, vegetales verdes oscuros, legumbres, frutas secas
Zinc (mg)	12	15	19/16	Componente de numerosos sistemas enzimáticos; de posible importancia en la prevención de malformaciones congénitas	Hígado, moluscos, carnes, cereales integrales, leche
Yodo (µg)	150	175	200/200	Aumento de la tasa metabólica materna	Sal yodada, mariscos, leche y derivados, panes y bollería comercial con levadura
Magnesio (mg)	280	320	355/340	Involucrado en el metabolismo energético y de las proteínas, el crecimiento de los tejidos y la acción muscular	Nueces, legumbres, cacao, carnes, cereales integrales
Selenio (µg)	55	55	75/75	Antioxidante (protege las membranas celulares), componente de los dientes	Carnes y vísceras, mariscos, cereales integrales, legumbres, melaza
Vitaminas lipo solubles					
	800	800	1.300/1.200	Esencial para el desarrollo celular, y por consiguiente para el crecimiento; formación de los primordios dentales (desarrollo de las células productoras de esmalte en el tejido de las encías); crecimiento óseo	Vegetales verdes oscuros, vegetales y frutas amarillos oscuros, chiles, hígado, margarina y mantequilla enriquecidas

Continuación ANEXO No. 6

D (µg)§	5	10	10/10	Involucrada en la absorción del calcio y del fósforo; mejora la mineralización	Leche y margarina enriquecidas, yema de huevo, mantequilla, hígado, mariscos
E (mg)	8	10	12/11	Antioxidante (protege de daños a las células de las membranas); de especial importancia en la prevención de la hemólisis de los glóbulos rojos	Aceites vegetales, vegetales verdes oscuros, cereales integrales, hígado, nueces, semillas, queso, pescado
Vitaminas hidrosolubles					
C (mg)	60	70	95/90	Formación e integridad de los tejidos, formación de tejido conectivo, mejora la absorción del hierro	Frutas cítricas, fresas, melones, brócoli, tomates, pimientos, vegetales verdes oscuros sin cocer
Ácido fólico (µg)	180	400	280/260	Aumento de la formación de glóbulos rojos, prevención de la anemia macrocítica o megaloblástica	Vegetales verdes oscuros, naranjas, brócoli, espárragos, alcachofas, hígado
Tiamina (mg)	1,1	1,5	1,6/1,6	Involucrada en el metabolismo energético	Cerdo, carne de res, hígado, cereales integrales o enriquecidos, legumbres
Riboflavina (mg)	1,3	1,6	1,8/1,7	Involucrada en el metabolismo energético y de las proteínas	Leche, hígado, cereales enriquecidos, vegetales verdes y amarillos oscuros
B ₆ (piridoxina) (mg)	1,6	2,2	2,1/2,1	Involucrada en el metabolismo de las proteínas	Carnes, hígado, vegetales verdes oscuros, cereales integrales
B ₁₂ (µg)	2,0	2,2	2,6/2,6	Producción de ácidos nucleicos y proteínas, de especial importancia en la formación de glóbulos rojos y la prevención de la anemia macrocítica o megaloblástica	Leche, huevos, carnes, hígado, quesos
Niacina (mg)	15	17	20/20	Involucrada en el metabolismo energético	Carne, pescado, aves, hígado, cereales integrales o enriquecidos, cacahuates

FUENTE: Misma del Anexo No. 5. p. 169.

ANEXO No. 7

VALORACIÓN DEL ABORTO

Tipo de aborto	Cantidad de hemorragia	Dolor uterino	Expulsión de tejidos	Orificio cervical interno	Tamaño del útero
Amenaza	Leve, manchado	Leve	No	Cerrado	De acuerdo con la duración del embarazo
Inevitable	Moderada	Leve a intenso	No	Abierto	De acuerdo con la duración del embarazo
Incompleto	Fuerte, profusa	Intenso	Sí	Abierto con tejido en el cérvix	Más pequeño de lo esperado para la duración del embarazo
Completo	Leve	Leve	Sí	Cerrado	Más pequeño de lo esperado para la duración del embarazo
Retenido	Ninguna, manchado	No	No	Cerrado	Más pequeño de lo esperado para la duración del embarazo
Séptico	Varía, por lo general fétida	Varía	Varía	Por lo general abierto	Cualquiera de los anteriores con dolor
Recurrente (habitual)	Varía	Varía	Sí	Por lo general abierto	Cualquiera de los anteriores

FUENTE: POOLE H; Judith. *Trastornos hemorrágicos maternos*. En Lowdermilk L; Deitra y Cols. Ed. Harcourt Océano. Barcelona, 2010. p. 795.

ANEXO No. 8
TIPOS DE ABORTO

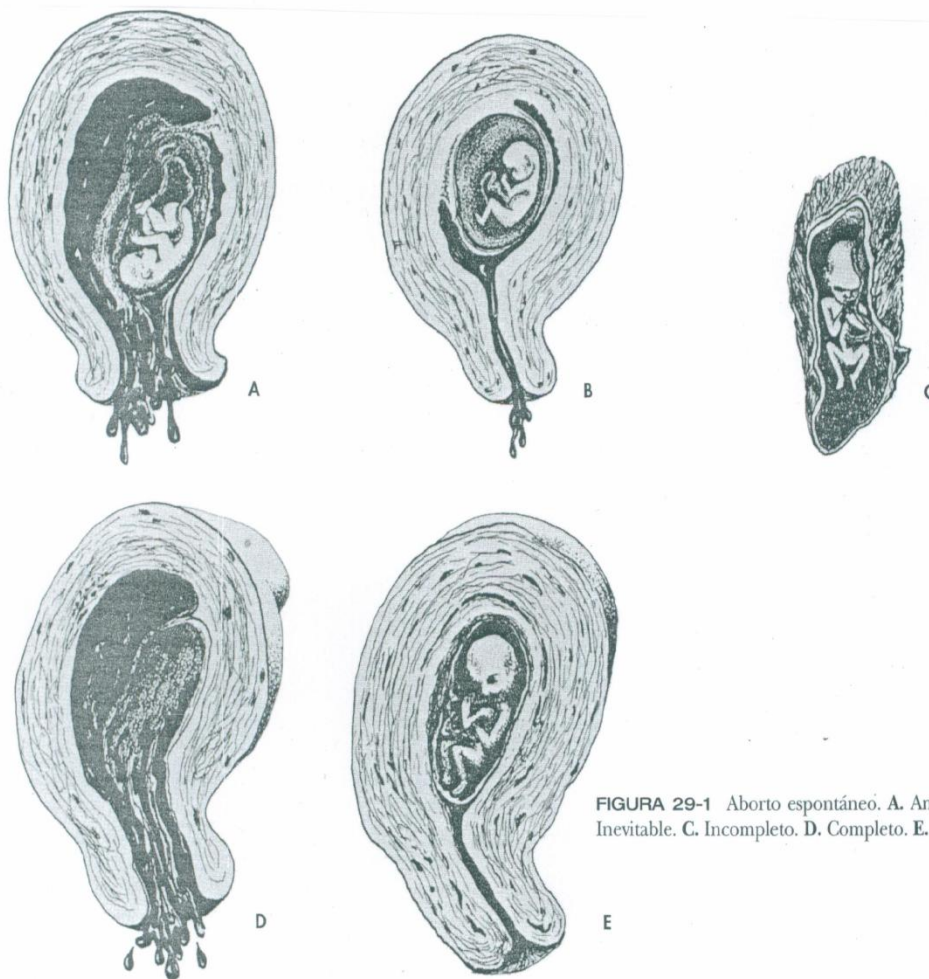


FIGURA 29-1 Aborto espontáneo. A. Amenaza. B. Inevitable. C. Incompleto. D. Completo. E. Retenido.

FUENTE: Misma del Anexo No. 7. p. 796.

ANEXO No. 9
FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

Psicosociales	Demográficos	Obstétricos	Psiquiátricos
Adolescencia	Muy bajos recursos	Complicaciones en gestaciones anteriores	Antecedentes personales psiquiátricos
Falta de apoyo social		Cesáreas previas	
Ausencia de pareja			
Conflictos o escasa contención de la pareja			
Enfermedades graves			
Pérdidas de progenitores u otros seres amados			

FUENTE: LUJAN D; Susana. *Depresión en el embarazo*. En la Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Hospital Municipal Tiburcio Borda. Documento impreso. Buenos Aires, 2009. p. 235.

ANEXO No. 10

HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Habilidades personales

1. Empatía: Se confunde habitualmente con la simpatía, pero no se trata de eso; es una cualidad compleja que se define por el proceso de conocer, experimentar, vivenciar acontecimientos desde la posición del otro.
2. Cordialidad: Involucra compromiso personal, esfuerzo por comprender, espontaneidad y autenticidad en la comunicación.
3. Expresión oral: Debe ser clara, precisa evitando ambigüedades y suspicacias. El contenido de la expresión debe ser al nivel de la persona con que se interactúa.
4. Habilidad comunicativa: Implica saber orientarse rápida y acertadamente en las condiciones de la comunicación, saber asegurar la retroalimentación e inspirar confianza y credibilidad en el interlocutor.

Habilidades sociales

1. Tener un buen concepto de sí mismo (autoestima).
2. Someter periódicamente lo que se hace a un proceso de revisión crítica (autocrítica).
3. Planificar los mensajes, aunque sean reelaborados en el proceso de comunicación (autopreparación para...).
4. Exponer claramente la opinión propia, sin dejar de considerar otras opiniones (educado, elegante y cortés).
5. Guardar las disculpas sólo para cuando sean necesarias, excusarse continuamente afecta la credibilidad (autenticidad).
6. No recurrir a amenazas, ni miedos excesivos indicar con tranquilidad lo que puede suceder y cumplir lo que se afirma.
7. Aceptar cualquier error propio o equivocación (saber perder).

FUENTE: GUIBERT R; Wilfredo y Cols. *Como hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria*. En la Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 15. No. 2. Mayo-Abril. Habana de Cuba, 1992. p. 4.

ANEXO No. 11

ORIENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

La educación en salud supone la necesidad de un cambio de mentalidad progresiva en los ámbitos individual, social y económico, un cambio en el que la educación tiene una función constructora, y es por ello que se plantea la necesidad de una educación por el desarrollo humano.

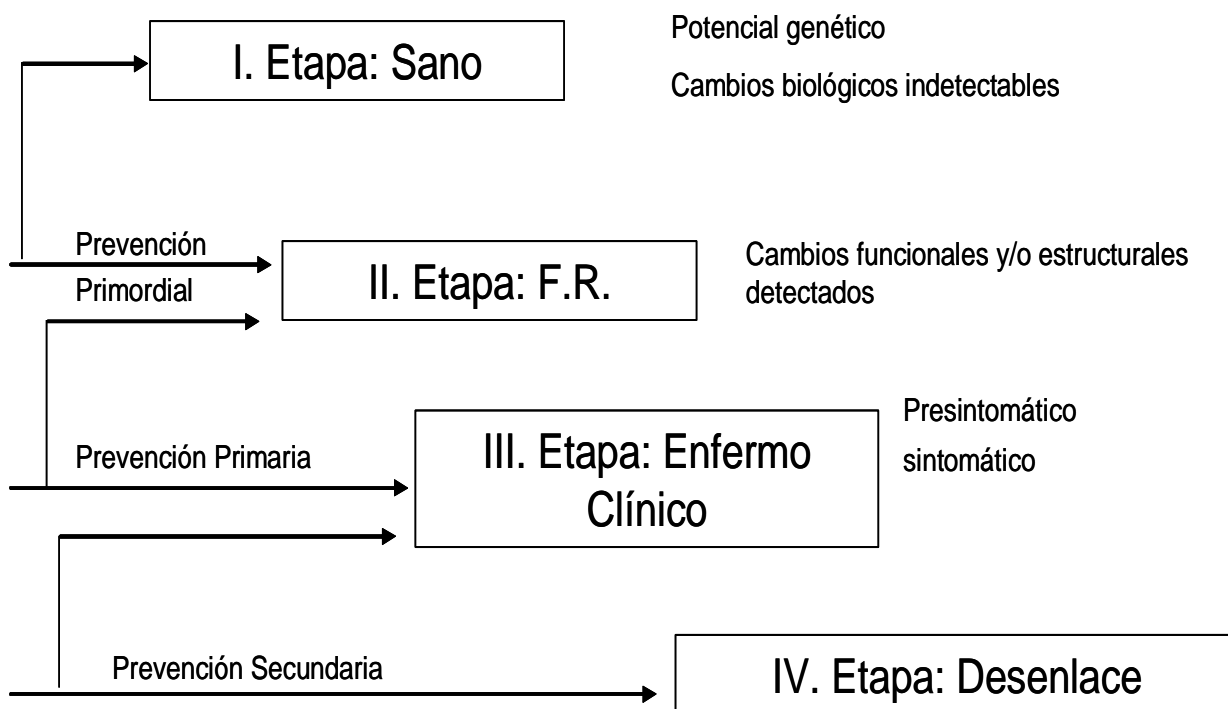
El desarrollo humano contempla la ampliación de opciones de la gente, y el nivel de bienestar que logran esas opciones son: vivir una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida aceptable.

Es por esto que la educación en salud debe estar orientada hacia una formación humana que propenda por el desarrollo del ser humano, con metas y objetivos claros de superación y autorrealización, utilizando los conocimientos y habilidades de los integrantes de la comunidad, para fortalecer la capacidad innata de las personas en la resolución de los problemas que inciden en su salud.

FUENTE: ROZO DE AREVALO, Clara. *Educación en salud*. En la Revista Educación en Salud. Año 1. No. 1. Bogotá, 2001. p. 47.

ANEXO No. 12

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LEAVELL Y CLARK



FUENTE: MOLINA M; Helia. *Promoción de la salud: Conceptos generales*. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Modulo 4. Lección 17. Estrategias de Promoción de la salud en la adolescencia. Documento impreso de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 2011. p. 3.

ANEXO No. 13

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMO ESTRATEGIA

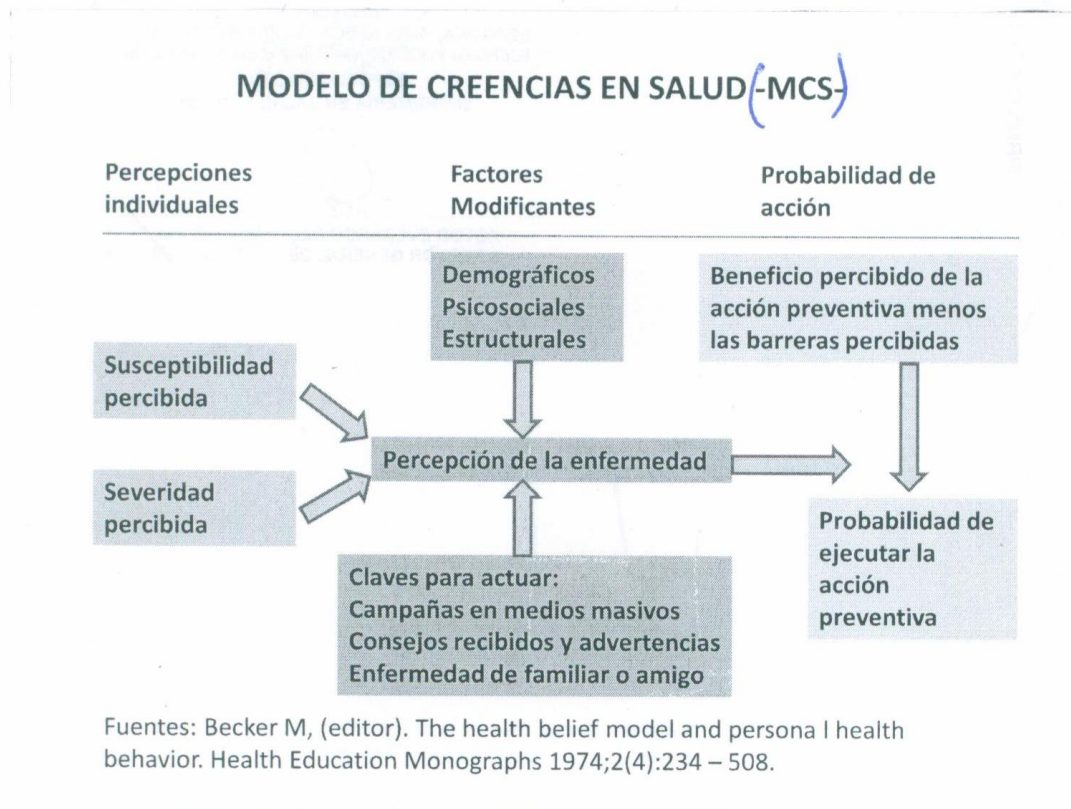
La promoción de la salud se constituye en la estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables. Cabe resaltar que esta estrategia se debe aplicar en todos los contextos y disciplinas, no sólo en las relacionadas con salud.

En cuanto al modelo de Promoción de la Salud propuesto por la Licenciada en Enfermería Nola J. Pender, debido a la importancia de dicho modelo como aporte a la profesión de Enfermería y, en sí, por el fin de su planteamiento el cual consiste en modificar conductas de riesgo en las personas y en los colectivos para que adopten estilos de vida saludables.

FUENTE: GIRALDO O; Alexandra y Cols. *La Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. En la Revista Hacia la Promoción de la Salud. Vol. 15. No. 1. Enero-Junio. Bogotá, 2008. p. 131.

ANEXO No. 14

MODELO DE CREENCIAS EN SALUD



FUENTE: MUÑOZ A; María Nelcy y Cols. *Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años a Sta. Rosa de Cabral, 2010*. En la Revista Hacia la promoción de la salud. Vol. 16. No. 2. Julio-Dic. Bogotá, 2011. p. 153.

ANEXO No. 15

LA AUTOEFICACIA DE ALBERT BANDURA COMO UNA FORMA DE AUTOCONOCIMIENTO

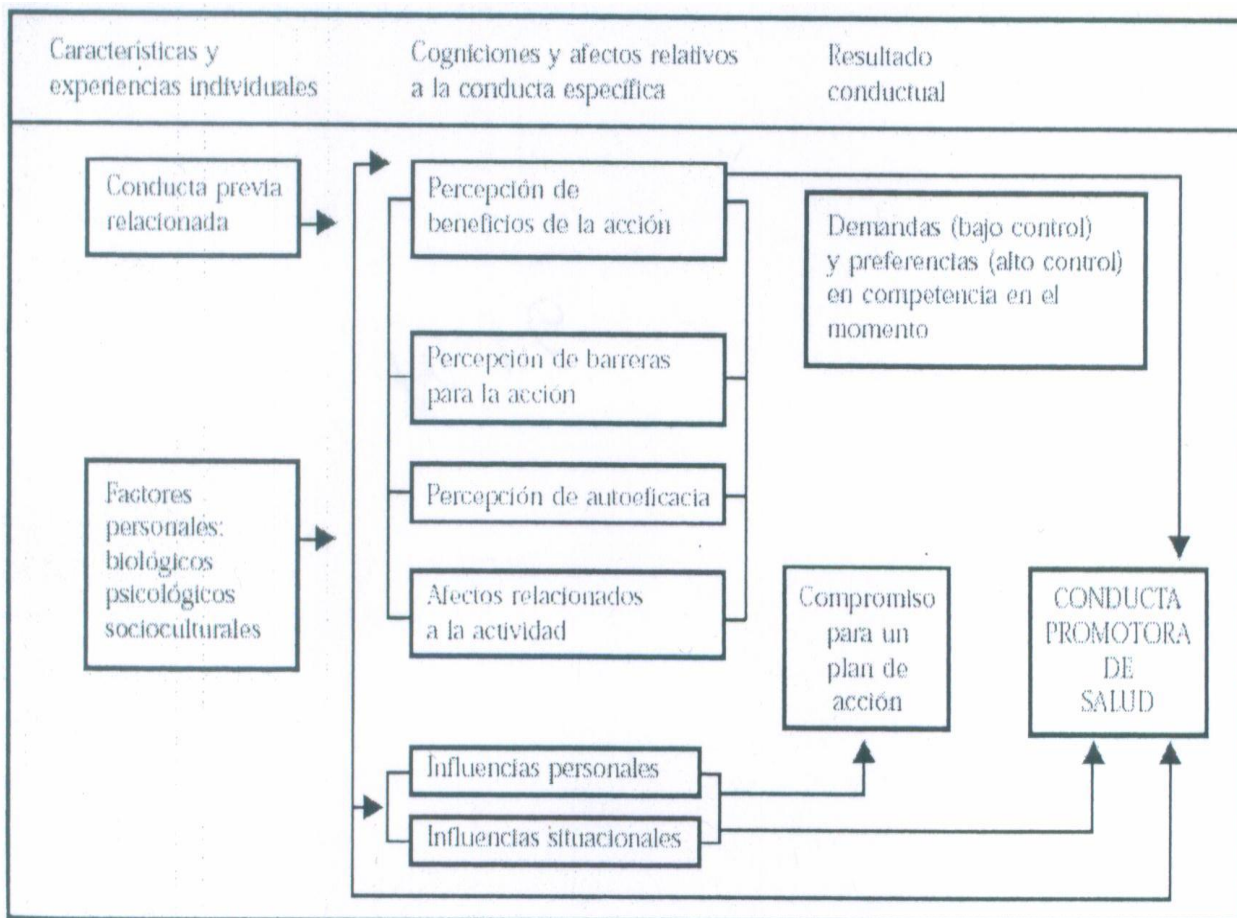
Según Albert Bandura la autoeficacia, es una forma de autoconocimiento, siendo un concepto central en su teoría. Según la teoría cognoscitiva social, la percepción acumulativa de eficacia determina predisposición para emprender una conducta dada. Bandura en combinación con otros investigadores reunieron sus teorías para identificar variables que fuesen determinantes para la conducta del individuo. De esto aparecieron ocho variables que a continuación se señalan:

1. La intención: La persona ha hecho un compromiso para realizar la conducta.
2. las restricciones medioambientales: Ninguna condición externa o circunstancias existente hecha hará imposible que ocurra una conducta.
3. La habilidad: La persona tiene las habilidades necesarias para realizar la conducta.
4. Anticipación a los resultados: La persona cree que las ventajas (beneficios) de realizar la conducta pesan más que las desventajas (costos); la persona tiene una actitud positiva hacia realizar la conducta.
5. Las normas: La persona percibe más presión social que realizar la conducta que para que no la realice.
6. La autonorma: La persona percibe actuación de la conducta como más consecuente que incoherente con su auto imagen.
7. La emoción: La reacción emocional de la persona al realizar la conducta es más positiva que negativa.
8. La autoeficacia: La persona percibe que él o ella tienen las capacidades para realizar la conducta bajo varias circunstancias diferentes.

FUENTE: Misma del Anexo No. 13. p 132

ANEXO No. 16

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



FUENTE: Misma del Anexo No. 14. p. 38.

ANEXO No. 17

ASUNCIONES DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Las personas buscan crear condiciones de vida a través de lo que ellos pueden expresar como su único potencial de salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad por el autoconocimiento reflexivo, incluso de la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento como positivo e intentan lograr un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y estabilidad
4. Los individuos buscan regular su propia conducta activamente.
5. Los individuos en su complejidad biopsicosocial actúan recíprocamente con el ambiente, transforman el ambiente progresivamente, transformándose con el tiempo.
6. Los profesionales de salud constituyen una parte del ambiente interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. En la reconfiguración del autocomienzo de la persona y su ambiente en los modelos interactivos, es esencial al cambio de conducta.

Estas asunciones dan énfasis al papel activo del cliente, formando y manteniendo conductas de salud y modificándolos en su contexto medioambiental para las conductas de salud.

FUENTE: Misma del Anexo No. 13. p. 133.

ANEXO No. 18

BIOGRAFÍA DE NOLA J. PENDER

El primer contacto de Nola J. Pender con la enfermería profesional fue a los 7 años, cuando observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. “La experiencia de observar los cuidados de las enfermeras a mi tía y a su enfermedad crearon en mí una gran fascinación hacia el trabajo de enfermera” afirmó Pender (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004). Esta experiencia y la educación que recibió posteriormente inculcaron en ella un deseo de cuidar de los demás e influyeron en su idea de que la meta de la enfermería era ayudar a los pacientes a que se cuidaran ellos mismos. Pender contribuye al conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos.

Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Latsing, en Michigan. Era hija única y sus padres eran partidarios de que las mujeres también recibieran educación. El apoyo de su familia en su objetivo de convertirse en enfermera la llevó a asistir a la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois). La elección de esta escuela vino dada por sus vínculos con el Wheaton Collage y su fuerte base cristiana. Obtuvo su diploma en enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica y, posteriormente, en una unidad pediátrica en un hospital de Michigan (Pender, entrevista personal 6 de mayo, 2004=.

En 1964, Pender se graduó en enfermería en la Michigan State University en East Lansing. Menciona que Helen Penhale, la ayudante del decano, la ayudó a encarrilar su programa y a fomentar sus opciones para sus estudios posteriores. Como era normal en la década de 1960 Pender cambió su licenciatura en enfermería a medida que iba siguiendo los estudios posteriores.

Completó un máster en el crecimiento y el desarrollo humano por la Michigan State University en 1965. “El máster en crecimiento y desarrollo incluyeron en mi interés hacia la salud durante toda la vida. Ello contribuyó a la formación de un programa de investigación para niños y adolescentes” afirmó Pender. Completó su programa de doctorado en psicología y educación en 1969 en la Northwestern Unviersity de Evanston (Illinois). En su tesis, Pender (1970) investigó los cambios que tienen lugar en el desarrollo de los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en los niños. La doctora Pender se siente agradecida a la doctora James Hall, una asesora del programa de doctorado, por “introducirme en consideraciones sobre cómo la gente piensa en cómo los pensamientos de una persona motivan la conducta”. Varios años más tarde, completó su trabajo en un máster en enfermería de salud comunitaria en la Rush University en Chicago (Pender, entrevista personal, 6 de mayo, 2004).

CONTINUACIÓN ANEXO No. 18

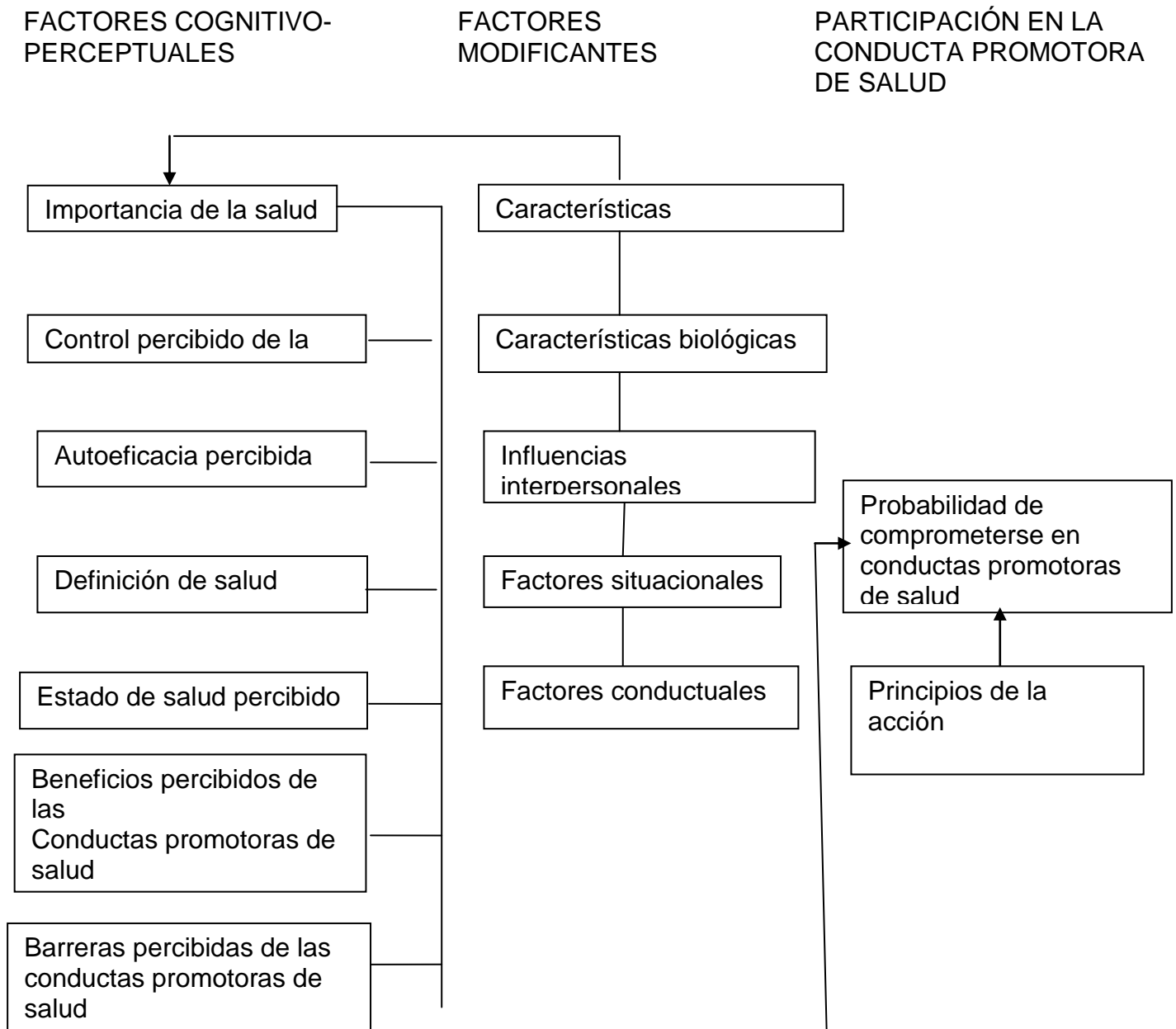
Tras obtener su título de doctorado, Pender cambió su definición de la meta de la enfermería como salud óptima del individuo. Las conversaciones con la doctora Bervely McElmurry de la Northern Illinois University y la lectura de *High Level Wellness* de Halpert Duna (1961) insirparon las nociones ampliadas acerca de la salud y la enfermería. Su matrimonio con Albert Pender, un profesor asociado de dirección de empresas y economía que ha colaborado con su mujer en escritos sobre la economía del cuidado de la salud, además del nacimiento de un hijo y una hija, incentivaron su motivación personal para conocer más sobre la optimización de la salud humana.

En 1975, Pender publicó "A Conceptual Model for Preventive Health Behavior", que sirvió como base para el estudio de cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Este artículo identificaba factores que se encontraron ya en la investigación más temprana para influir en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. El modelo original de promoción de la salud (MPS) se presentó en su primera edición del texto *Health Promotion in Nursing Practice*, publicado en 1982 (Pender). Basado en la investigación subsiguiente, el MPS se revisó y se presentó en su segunda edición, publicada en 1987 y en una tercera edición, publicada en 1996. En el año 2002, se publicó una cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice*, escrita junto a las doctoras Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons, y la quinta edición más reciente se publicó en 2006.

FUENTE: RAILE A; Martha y Ann Marriner Tomey. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Ed. Elsevier. 7ª ed. México, 2011. p. 434.

ANEXO No. 19

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER



FUENTE: Misma del Anexo No. 18. p. 437.

ANEXO No. 20

PREMISAS DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

El MCS se basa en las siguientes premisas:

- Las creencia – o percepción – de que el cáncer de próstata es importante para la población o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia – o percepción – de que la persona se considera vulnerable a ese problema.
- La creencia – o percepción- de que la acción que se va a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la confluencia de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en este caso conducentes a la realización de las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo, la que determina su comportamiento. Aunque este aspecto es muy discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, se presenta aquí una opción de explicación útil para complementarla con otras teorías, principalmente con algunos elementos e la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de promoción de la salud para el cuidado holístico de enfermería planteado por Nola J. Pender.

FUENTE: Misma del Anexo No. 14. p. 153.

ANEXO No. 21

PRINCIPALES SUPUESTOS DEL MODELO DE NOLA PENDER

Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. En la tercera edición de su libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1996) presenta los principales supuestos del MPS:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

FUENTE: Misma del Anexo No. 18. p. 441.

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
BIOPSIICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD XOXOCOTLA, DEL MUNICIPIO
DE PUENTE DE IXTLA, EN EL ESTADO DE MORELOS

No. DE CUESTIONARIO _____

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

CON LA ASESORÍA DE LA:
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

Fecha de elaboración: 26 de abril de 2012.

Fecha de aplicación de la prueba piloto: 30 de abril y 2 de mayo del
2012.

OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO: Recabar datos de las fuentes fidedignas, a fin de conformar y conjuntar la información necesaria para comprobar los objetivos de la investigación y la hipótesis del trabajo.

JUSTIFICACIÓN: El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que es el instrumento vital con el que se podrá obtener la información en conjunto con la observación y con el apoyo de las entrevistas. A partir de la obtención de la información, se podrán elaborar las tablas y gráficas necesarias para la presentación de los resultados.

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario se ha estructurado con el objetivo de recabar datos. Por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones:

1. Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marcar con una "x" una opción de respuesta de cada pregunta, ya que si se contestan dos opciones se invalida la respuesta.
3. Todo lo recabado es de estricto uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración con las respuestas que den a este cuestionario y los resultados, estarán a su disposición al término de la investigación.

1. ¿CUÁL ES SU EDAD?

- 1. Tengo 20 a 25 años.
- 2. Tengo de 26 a 31 años.
- 3. Tengo menos de 18 años.
- 4. Tengo más de 35 años.
- 5. Sin respuesta.

2. ¿CÓMO ES SU VIVIENDA?

- 1. Mi vivienda es de tabique con cemento, tiene loza, piso, cuenta con varios cuartos y está muy bien.
- 2. Mi vivienda es de tabicón con lámina de asbesto, piso y tiene varios cuartos.
- 3. Mi vivienda es de tabicón con lámina de cartón y piso con 2 cuartos.
- 4. Mi vivienda es de adobe con lámina de cartón con piso de tierra y tiene 2 cuartos.
- 5. Sin respuesta.

3. ¿CUENTA USTED CON RECURSOS SANITARIOS EN SU VIVIENDA?

- 1. Sí, mis recursos sanitarios son: baño individual con agua entubada, con drenaje y disposición de excretos, con fosa séptica.
- 2. Sí, mis recursos sanitarios son: baño individual con agua de pozo y disposición de excretas con fosa séptica.
- 3. Sí, mis recursos sanitarios son regulares. Tengo fosa séptica aunque voy a buscar el agua lejos de la casa.
- 4. Yo no tengo recurso sanitario alguno. Las excretas son a ras del suelo y busco el agua hasta el pozo. Aquí se carece de todo.
- 5. Sin respuesta.

4. ¿CUÁL ES EL MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA?

- 1. Tengo automóvil o camioneta propia para mi transporte.
- 2. Me transporto en moto – taxi.

- 3. Me transporto en un colectivo.
- 4. No tengo medio de transporte. Por lo tanto, tengo que llegar caminando.
- 5. Sin respuesta.

5. ¿CONVIVE USTED CON ANIMALES?

- 1. Yo nunca convivo con ningún animal porque se que estos transmiten enfermedades a mi persona y mi bebé.
- 2. No, yo no convivo con animales porque me puedo enfermar.
- 3. Sí, yo convivo con animales porque tengo que cuidarlos y protegerlos ya que dependen de mi para su subsistencia.
- 4. Sí, definitivamente todos convivimos con los animales, ya que ellos son parte de nuestra familia. Comen con nosotros y duermen con nosotros.
- 5. Sin respuesta.

6. ¿SABÍA USTED QUE UNA EDAD MENOR A 18 AÑOS Y MAYOR A 35 AÑOS ES UN RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que un embarazo con edades menor de 18 años y mayor a 35 es un riesgo por la inmadurez fisiológica de la mujer para el bebé.
- 2. Sí, yo sé que la edad menor a 18 años y mayor a 35 es un factor de riesgo para el embarazo.
- 3. Aunque me han dicho que no deben embarazarse las mujeres con menos de 18 años y mayor de 35, aquí esto no se toma en cuenta.
- 4. No, aquí nadie tiene que ver con la edad para embarazarse.
- 5. Sin respuesta.

7. ¿SABÍA USTED QUE EL PESO MENOR A 45 KG. ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que un peso menor a 45 kg. provoca que el niño no puede crecer y es un riesgo de que lo pueda abortar antes del término del parto.
- 2. Sí, yo sé que un peso menor a 45 kg. puede ser un riesgo en cualquier paciente embarazada.

- 3. Sí yo sé que un peso menor a 45 kg. es un factor de riesgo, pero aún así yo quiero embarazarme.
- 4. Desconocía totalmente que el peso fuera un factor de riesgo en el embarazo. Es más, creo que ni siquiera se debería de tomar en cuenta el peso.
- 5. Sin respuesta.

8. ¿SABÍA USTED DE LA TALLA MENOR A 1.50 CMS. ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que una talla menor a 1.50 centímetros es un factor de riesgo en el embarazo porque el niño no puede crecer, ni puede desarrollarse, dado el tamaño del útero de la mujer.
- 2. Sí, yo sé que es un factor de riesgo para embarazarse tener tallas menores a 1.50 centímetros.
- 3. Sí, lo sé pero de igual forma, me tengo que embarazar porque ya me casé.
- 4. A mi no me importa la talla, ni los centímetros, porque tengo que tener hijos porque mi marido así lo quiere.
- 5. Sin respuesta.

9. ¿SABÍA USTED QUE LA PREECLAMPSIA (AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, VER LUCESITAS, ZUMBIDO DE OÍDOS) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que todas las mujeres embarazadas que ven luces, que tienen la presión alta, que tienen hinchadas las piernas y pueden perder a su bebé si no se atienden rápidamente.
- 2. Sí, yo sé que aquellas embarazadas que tienen la presión alta, que ven lucecitas y que tienen hinchadas las piernas deben acudir rápidamente a consulta.
- 3. No, no estaba muy enterada, pero sé que el tener la presión alta y tener hinchada las piernas, es un problema en el embarazo.
- 4. No, tenía ninguna idea de que la presión alta y las piernas hinchadas son factores de riesgo en el embarazo.
- 5. Sin respuesta.

10. ¿SABÍA USTED QUE LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

1. Sí, yo sé que la desnutrición en el embarazo es un factor de riesgo por eso, como carbohidratos, proteínas, grasas y vitaminas, balanceadas para nutrir a mi bebé.
2. Sí, yo se que la desnutrición en el embarazo es un factor de riesgo, pero yo hago lo posible por nutrirme bien para mi bebé.
3. Yo se que la desnutrición es un factor de riesgo, pero aquí no hay manera de nutrirse porque los alimentos que consumimos no son los adecuados.
4. Yo no sabía que la desnutrición era un factor de riesgo, pero aquí solo comemos lo que encontramos.
5. Sin respuesta.

11. ¿SABÍA USTED QUE EL TENER MUCHOS HIJOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

1. Sí, yo sé que el tener muchos hijos es un factor de riesgo en el embarazo por eso, me cuido y planifico el número de hijos que vamos a tener.
2. Sí, yo sé y por eso trato de cuidarme con métodos de planificación para no tener hijos.
3. Sí, lo sé, pero no puedo hacer nada porque los hijos son una bendición de Dios y ellos más tarde nos van a ayudar a mejorar nuestra vida.
4. No, tengo idea de que el tener muchos hijos sea un factor de riesgo porque los hijos son bienvenidos si Dios los manda y mi marido quiere que los tengamos.
5. Sin respuesta.

12. ¿SABÍA USTED QUE EL ABORTO ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

1. Sí, yo sé que el aborto es un factor de riesgo en el embarazo, por eso me cuido, voy a mis consultas y hago todo lo que me dicen los médicos y el personal de salud.
2. Sí, yo sé que el aborto es un factor de riesgo en el embarazo por eso hay que cuidarse.

- _____ 3. Sí, lo sé y por eso hay que evitar los sangrados vaginales en el embarazo.
- _____ 4. No, no tenía idea de que cosa sea el aborto, porque nadie me lo ha explicado.
- _____ 5. Sin respuesta.

13. ¿SABÍA USTED QUE EL TENER EMBARAZOS EN CORTOS TIEMPOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- _____ 1. Sí, yo sé que el embarazarse muy rápido entre un y otro hijo me afecta el organismo, ya que no estar preparada todavía para un nuevo embarazo. Por esa razón mejor me espero.
- _____ 2. Sí, yo sé que embarazarse muy rápido entre un y otro hijo, si me afecta mi organismo.
- _____ 3. A veces creo que me puede afectar mi organismo embarazarme muy rápido pero es mi pareja la que me obliga a embarazarme nuevamente.
- _____ 4. No, yo no tenía idea de que un embarazo muy cercano al otro pudiera afectar mi organismo, pero si Dios me manda otro hijo, pues ni modo.
- _____ 5. Sin respuesta.

14. ¿SABÍA USTED QUE EL ESTRÉS (A CAUSAS DE PROBLEMAS EN EL HOGAR, PROBLEMAS CON SU PAREJA) ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

- _____ 1. Sí, yo sé que el estrés es un factor de riesgo en el embarazo y por eso trato de estar tranquila y que los problemas de la casa no me afecten porque todo eso repercute en mi bebé.
- _____ 2. Sí, yo sé que el estrés si es un factor de riesgo y por eso trato de estar tranquila.
- _____ 3. A veces, si me tranquilizo para no perjudicar al bebe, pero a veces no puedo y sí me angustio mucho.
- _____ 4. No, yo no sabía que el estrés fuera un factor de riesgo en el embarazo.
- _____ 5. Sin respuesta.

15. ¿SABÍA USTED QUE EL TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que el tener un embarazo no deseado es un factor de riesgo por eso trato de planificar con mi pareja los hijos que vamos a tener para que crezcan con amor y seguridad.
- 2. Sí, yo sé que el embarazo no deseado puede ser un factor de riesgo y por eso trato de cuidarme para no embarazarme.
- 3. Siempre he tratado de cuidar los embarazos pero a veces, si he tenido embarazos no deseados porque no lo puedo evitar.
- 4. No, yo no sabía que el embarazo no deseado, fuera un factor de riesgo para mí y para mi bebé.
- 5. Sin respuesta.

16. ¿SABÍA USTED QUE EL APOYO DE LA PAREJA ES IMPORTANTE DURANTE EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que el apoyo de la pareja es importante y fundamental para que un embarazo marche bien sin riesgos, dado que con el amor y la comprensión de la pareja, el embarazo puede llegar a feliz término.
- 2. Sí, yo creo que el apoyo de la pareja es fundamental para llevar un embarazo sin riesgo.
- 3. A veces es importante el apoyo de la pareja, pero cuando no se tiene este apoyo, entonces hay que enfrentar a solas el embarazo.
- 4. No, no tenía idea de que el apoyo de la pareja fuera importante durante el embarazo, ya que muchas mujeres con o sin apoyo, tiene a sus hijos.
- 5. Sin respuesta.

17. ¿SABÍA USTED QUE LA DEPRESIÓN ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, sé que estar deprimida es un trastorno psicológico que afecta de manera importante el embarazo.
- 2. Sí, sé que de alguna manera la depresión constituye un trastorno emocional.

- _____ 3. A veces creo que el embarazo si está afectado por la depresión de las personas, pero otras veces, no creo que tenga nada que ver.
- _____ 4. No, no tenía idea de que la depresión que sufren las madres afectara el embarazo.
- _____ 5. Sin respuesta.

18. ¿CÓMO CONSIDERA USTED EL APOYO DE SU SUEGRA EN EL EMBARAZO?

- _____ 1. A mi me parece que es un apoyo excelente ya que las suegras nos ayudan a tener un seguimiento prenatal que beneficia a la madre y al hijo.
- _____ 2. A mi me parece bueno ya que es una forma de apoyo en un momento difícil para las madres.
- _____ 3. A veces me parece que el apoyo es bueno, pero otras veces, creo que se involucran mucho y no le permiten a uno tomar decisiones.
- _____ 4. No existe ningún apoyo de las suegras. Creo que son personas muy metiches y que no le permiten a la madre decidir en nada.
- _____ 5. Sin respuesta.

19. ¿ACOSTUMBRA USTED EN SUS EMBARAZOS ASISTIR A SUS CONSULTAS MÉDICAS?

- _____ 1. Sí, yo siempre voy a mis consultas prenatales para tener un seguimiento médico del embarazo y atender cualquier riesgo que se presente. Además, después de 5 consultas, mi parto es gratuito.
- _____ 2. Sí, yo acostumbro asistir la mayoría de las veces a las consultas, buscando que mi parto sea gratuito.
- _____ 3. A veces si asisto a la consulta cuando me llevan, pero otras veces, no lo hago porque no tengo quien me acompañe.
- _____ 4. No, yo no acostumbro asistir a las consultas, a pesar de los riesgos que pueda tener en el embarazo.
- _____ 5. Sin respuesta.

20. ¿SABÍA USTED QUE LA FALTA DE ESTUDIOS ES UN FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo tengo muy claro que hay que estar más preparados para conocer todo lo relacionado al embarazo a fin de llevar este sin riesgo.
- 2. Sí, yo sé que la falta de estudios si es un factor de riesgo para el embarazo.
- 3. A veces creo que saber más del embarazo evita riesgos, pero otras veces, no creo que eso sea cierto ya que las mujeres con o sin escolaridad, se pueden embarazar.
- 4. No, no tenía idea de que la falta de estudios implicara riesgos en el embarazo.
- 5. Sin respuesta.

21. ¿SABÍA USTED QUE LAS CARGAS DE TRABAJO EXCESIVAS SON UN FACTOR DE RIESGO PARA EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que hay que cuidarse mucho cuando esta uno embarazada y que las cargas de trabajo excesivas, son un factor de riesgo para el embarazo.
- 2. Sí, yo tengo entendido que las cargas excesivas sí son un factor de riesgo para el embarazo.
- 3. A veces creo que las cargas excesivas en el trabajo son factores de riesgo en el embarazo, pero otras veces, creo que esto no es cierto.
- 4. No, no tenía idea de que las cargas excesivas fueran un factor de riesgo en el embarazo.
- 5. Sin respuesta.

22. ¿SABÍA USTED QUE LA CONVIVENCIA CON SU PAREJA EVITA EL FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo creo que una buen convivencia con la pareja implica armonía, comprensión y ternura que ayudan a que el embarazo se lleve sin ningún problema.
- 2. Sí, yo creo que la convivencia en una pareja si es un factor determinante para evitar riesgos en el embarazo.

- 3. A veces creo que una convivencia armónica si evita riesgos, pero otras veces, creo que la convivencia no tiene nada que ver como factor de riesgo en el embarazo.
- 4. No, no sabía que la convivencia con la pareja fuera un factor de riesgo a tomarse en cuenta en el embarazo.
- 5. Sin respuesta.

23. ¿SABÍA USTED QUE EL TENER BAJOS RECURSOS (FALTA DE DINERO) ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que el tener bajos recursos económicos si es un factor de riesgo para el embarazo porque las mujeres contarían entonces con todo lo necesario para llevar a buen término su embarazo.
- 2. Sí, yo sé que tener bajos recursos económicos si implica un factor de riesgo para el embarazo.
- 3. A veces creo que el dinero si importa para evitar riesgos en el embarazo, pero otras veces, creo que esto no es así.
- 4. No tenía idea de que los bajos recursos económicos fueran un factor de riesgo para el embarazo.
- 5. Sin respuesta.

24. ¿TOMA USTED DECISIONES EN EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo siempre tomo mis decisiones en cuanto a todo lo que tiene que ver con el embarazo, parto y puerperio.
- 2. Sí, yo siempre tomo decisiones en cuanto a mis embarazos.
- 3. A veces yo tomo decisiones, pero otras veces, las toma mi suegra.
- 4. No, yo nunca tomo decisiones en cuanto al embarazo y el parto. Siempre las toma mi suegra, lo cual no me parece.
- 5. Sin respuesta.

25. ¿SABÍA USTED QUE CONTAR CON EDUCACIÓN REPRODUCTIVA EVITA RIESGOS SOBRE EL EMBARAZO?

- 1. Sí, yo sé que contar con educación en el embarazo evita muchos riesgos. Por eso, cada que puedo voy a mis consultas prenatales y sigo las indicaciones médicas.

- 2. Sí, yo sé que contar con las consultas prenatales beneficia mi embarazo y por eso, acudo a mi clínica.
- 3. A veces creo que contar con educación en el embarazo propicia evitar riesgos pero otras veces, creo que es mejor no saber nada.
- 4. No, yo no sabía que contar con educación sobre el embarazo tuviera algún beneficio.
- 5. Sin respuesta.

26. ¿SABÍA USTED QUE EL ACUDIR A LAS CONSULTAS MÉDICAS DURANTE EL EMBARAZO EVITAN RIESGOS?

- 1. Sí, yo sé que el acudir a las consultas médicas durante el embarazo me beneficia muchísimo para evitar riesgos, pero además si acudo a cinco consultas, mi parto puede ser gratis.
- 2. Sí, yo sé que el acudir a las consultas médicas durante el embarazo evita riesgos tanto para mi bebé, como para mí.
- 3. A veces creo que acudir a la consulta si beneficia mi embarazo pero otras veces, creo que es una perdedera de tiempo.
- 4. No, yo no sabía que el acudir a las consultas médicas durante el embarazo pudiera traer un beneficio para mí y para mi bebé.
- 5. Sin respuesta.

27. ¿VIVE USTED AGRESIONES SEXUALES DE SU PAREJA QUE PONE EN RIESGO DURANTE EL EMBARAZO?

- 1. No, yo nunca he vivido ningún tipo de agresión sexual de mi pareja por lo que mis embarazos no se ponen en riesgo.
- 2. No, yo no he vivido agresiones sexuales de mi pareja.
- 3. Sí, a veces si he tenido agresiones sexuales de mi pareja y esto pone en riesgo mi embarazo.
- 4. Sí, yo siempre he tenido agresiones de muchos tipos y especialmente de carácter sexual que han puesto en riesgo mi embarazo.
- 5. Sin respuesta.

28. ¿CÓMO EVALÚA USTED LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE LE OTORGAN LOS SERVICIOS DE SALUD?

- 1. Los servicios son excelentes.
- 2. Los servicios son buenos.
- 3. Los servicios son regulares.
- 4. Los servicios son pésimos.
- 5. Sin respuesta.

APÉNDICE No. 2

FACHADA DEL CENTRO DE SALUD DE XOXOCOTLA, MUNICIPIO
DE PUENTE DE IXTLA, DEL ESTADO DE MORELOS

FUENTE: SANTANA P; Lilia y Cols. *Fotografía del Centro de Salud de Xoxocotla, Edo. De Morelos, 2011.*

APÉNDICE No. 3

PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS



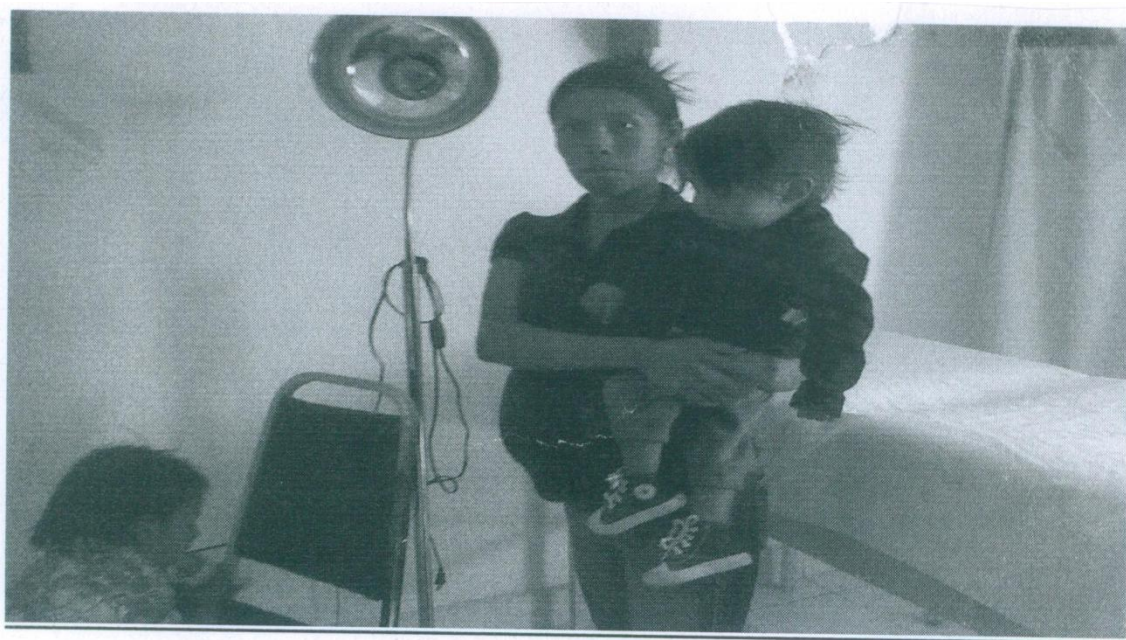
FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

APÉNDICE No. 4
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DETECCIÓN DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS



FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

APÉNDICE No. 5
MUJER EMBARAZADA DE LA COMUNIDAD DE XOXOCOTLA,
MORELOS



FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

APÉNDICE No. 6
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR, EN LA
MUJER EMBARAZADA



FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

APÉNDICE No. 7
INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA CON
MUJERES EMBARAZADAS



FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

APÉNDICE No. 8
INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA CON
MUJERES EMBARAZADAS



FUENTE: Misma del Apéndice No. 1.

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABORTO: Es la interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación. El aborto puede ser espontáneo, natural o provocado con un efecto legal y en caso de malformaciones graves, cuando este todavía no hay llegado a la 20 semanas de gestación.

ACUFENOS: Es la percepción de un sonido no real y que por tanto, nadie más oye. Cada persona puede percibir sonidos diferentes, el acufeno puede variar en intensidad y ser constante o intermitente. Las posibles causas pueden ser por hipertensión.

ANEMIA: Es el nivel de hemoglobina por debajo de los valores normales según la edad, sexo, estado fisiológico. Es un desorden donde el paciente sufre de hipoxia tisular; que es la baja de transporte de O₂ de la sangre. En la mujer embarazada cuando tiene una Hg < 11g/dl. Se clasifica como anemia en el embarazo leve 11-9, moderada 9-7 y severa 7.

CEFALEA: Se denomina cefalea al dolor intenso en la cabeza que puede de acuerdo a su grado, llegar a ser migrañas ubicándose en una parte de los lóbulos frontales u occipitales del cerebro. La cefalea en el embarazo puede deberse al incremento de la presión arterial y es un factor de riesgo sumamente importante que debe alertar tanto a la embarazada, como al equipo de salud para tomar las medidas pertinentes y evitar riesgos.

CONTROL PRENATAL: Es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Así, el control prenatal está destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

DESNUTRICIÓN: Es el estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrientes.

EDAD: La edad se refiere al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser que marca también una época dentro del periodo existencial o de vigencia.

EDEMA: Es la retención de líquidos. Se manifiesta generalmente como una hinchazón en los pies, especialmente en los tobillos. Es un proceso normal que aparece durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre y los primeros 10 días después del parto. El edema se produce por el aumento de líquidos en el cuerpo como consecuencia de las hormonas del embarazo.

EMBARAZO: Es el proceso de la reproducción humana que comienza con la concepción de un nuevo ser. El embarazo se inicia en el momento de la concepción y termina con el parto. La definición para la Organización Mundial de la Salud es que el embarazo comienza

cuanto termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces, el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: Es aquel en que hay un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa a los resultados de la gestación en las madres poniendo en peligro la vida de la misma madre y del producto.

ENFERMEDAD: Es la alteración del equilibrio físico, mental y/o social de los individuos. Los organismos vivos están expuestos a padecer alguna enfermedad a raíz de numerosos agentes patógenos.

ESTRÉS: Es la respuesta biológica normal y necesaria de su presencia del organismo frente a cambios que significan una reestructuración y adaptación. Puede ser considerado positivo en tanto constituye a enfrentar eficientemente el embarazo. Cuando el estrés alcanza niveles elevados, puede tener efectos negativos para la madre y su bebé. La clave está en saber controlarlos para no inducir un malestar aún mayor en la mujer embarazada.

ESTRÉS LABORAL: El estrés laboral en la mujer embarazada es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo del proceso

gestacional. En relación con el embarazo, el interés por la prevención de riesgos laborales a menudo se ha centrado en los problemas derivados de diversos agentes físicos, químicos y biológicos. Sin embargo, ciertos aspectos ergonómicos como la carga física, el puesto de trabajo y otras condiciones del entorno y la organización del trabajo, que han sido ampliamente estudiados y suponen un problema muy extendido para la población trabajadora en general, no han recibido suficiente atención en cuanto a sus posibles efectos adversos durante el embarazo.

FACTOR DE RIESGO: Son características genéticas fisiológicas del comportamiento y socioeconómicas de los individuos que les sitúan dentro de una cohorte de la población en la que es más probable el desarrollo de un problema sanitario o enfermedad. Se aplica para enfermedades multifactoriales en las que no se conoce una causa única precisa.

FIEBRE: Es el aumento de la temperatura corporal por encima de los 37.5°. Es un síntoma que acompaña a muchas enfermedades y un mecanismo de defensa del cuerpo. La fiebre es uno de los síntomas de determinadas enfermedades comunes en el embarazo, como infecciones de orina o preeclampsia. La fiebre presenta signos básicos como son: vómitos intensos, diarrea, dolor al orinar, dolor de cabeza intenso, hemorragia vaginal, pérdida de líquido vaginal, dolor abdominal intenso y/o contracciones uterinas dolorosas.

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA: Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior que es la cavidad peritoneal o al exterior, a través de los genitales externos.

HEMORRAGIA TRASVAGINAL: Es la pérdida de sangre por la vagina. Es de color rojo brillante y se acompaña de dolor abdominal. Su comienzo es súbito y pueden presentarse varios episodios de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, generalmente entre la semana 28 y 34. Su magnitud es variable y puede aumentar conforme avanza la edad gestacional o al iniciar la contractilidad uterina.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Es el incremento de la presión arterial: en la sistólica por arriba de 130 y en la diastólica por arriba de 90 mmHg. Es conocida como muerte silenciosa, debido a que no da síntomas hasta que se complica, siendo la mayor causa de muerte relacionada con un ataque cardiaco y derrame o ataque cerebral vascular. La presión sistólica se presenta generando una presión en las capas internas de las arterias y la diastólica esta es cuando el corazón descansa entre cada palpitación en la presión más baja.

INFECCIÓN: Es la invasión y desarrollo de un microorganismo, generalmente parásitos como: virus, bacterias, hongos, protozoos o invertebrados en los tejidos del hospedador aun sin darse manifestaciones clínicas importantes para que desencadene la

enfermedad infecciosa. El organismo que infecta debe poder penetrar a través de los revestimientos cutáneos y mucosos.

INFECCIÓN PUERPERAL: Es la enfermedad causada por la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo materno durante la etapa grávido-puerperal. La infección es de naturaleza poli microbiana; la mayoría de los gérmenes causales residen habitualmente en el tracto genital de las mujeres. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones generales a la resistencia disminuida en el huésped, incrementan la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

MADRE SOLTERA: Es la mujer que lleva a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía y apoyo de una pareja estable y no ha estado casada, por decisión propia o circunstancias de su entorno. En muchas sociedades actuales existe un cuerpo legal que elimina la discriminación hacia las madres solteras y sus hijos, e incluso algunos gobiernos nacionales además cuentan con programas de ayuda institucionalizada para hogares donde las mujeres son las jefas. Estos programas incluyen: ayuda estatal, becas de estudio para los hijos, créditos bancarios para que las mujeres inicien pequeñas y medianas empresas y otros.

MICRONUTRIENTES: Es el aporte de vitaminas y nutrimentos inorgánicos como minerales que participan en diversas funciones orgánicas, actuando como enzimas y coenzimas de reacción metabólica. De esto se deduce que una embarazada en buen estado de salud debe consumir una dieta adecuada para contar con el aporte nutricional.

MOVIMIENTOS FETALES: Son aquellos movimientos que el feto produce en la madre a partir del quinto, sexto mes, puede que la futura mamá comience a sentir los primeros movimientos del bebé hasta que sean más intensos y regulares, posiblemente notará más las pataditas del bebé cuando esté acostada en su cama o muy relajada.

PARTO: Es la expulsión de uno o más fetos maduros y la salida de la placenta desde el interior de la cavidad uterina. Se considera parto al término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre 37 y 42 semanas desde la fecha de la última regla. Este parto va precedido de los pródromos de parto, que son síntomas vagos e inespecíficos que preceden a parto propiamente dicho. Se divide en 3 fases: dilatación, expulsión y alumbramiento.

PERIODO INTERGENÉSICO: Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre los embarazos y también les permite valorar y pensar bien el número de hijos que se deben tener. Este es un derecho que se fortalece con la ayuda de la planificación familiar. Es importante destacar que la mujer embarazada debe dejar pasar un

periodo o intervalo de tiempo entre un embarazo y otro, para aumentar las condiciones saludables de un nuevo embarazo, tanto para la salud de la madre como la del bebé.

PESO: Es la medida de valoración nutricional más empleada. El concepto de peso se remonta a la Grecia antigua, hace más de 2000 años en donde las balanzas que permiten su medición han evolucionado.

PREMATUREZ: Es aquel nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas y después de las 20 semanas de edad gestacional.

PROTEINURIA: Es la existencia de una cantidad elevada de proteínas en la orina. Puede ser un inicio de una posterior hematuria, siendo un signo de la posible existencia de patologías renales. Una de las proteínas más comunes que se pueden encontrar en la orina de forma elevada es la albúmina. La presencia de proteínas en la orina da idea de una alteración como la preeclampsia.

RUPTURA UTERINA: Es la condición obstétrica caracterizada por pérdida de continuidad de la pared muscular del segmento y/o cuerpo del útero gestante, independientemente de su magnitud. En esta emergencia obstétrica no se consideran circunstancias como perforación translegrado, ruptura por embarazo intersticial o prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea. La ruptura uterina se clasifica de acuerdo a dos criterios: espontaneidad y grado de víscera involucrada que a su vez se

clasifica en: Espontánea, Traumáticas, Completas, Incompletas, Totales y Parciales.

SANGRADO: Es cualquier tipo de sangrado vaginal durante la época del embarazo. El momento del embarazo en que se produce sangrado, la cantidad y la presencia o ausencia puede variar. El sangrado puede ser desde un manchado escaso, color marrón o café oscuro, así como cualquier característica. Este fenómeno se puede presentar en la mujer embarazada durante el primer trimestre.

TALLA: Es la medida en centímetros de la altura de cada persona. Así, la talla es otra de las mediciones antropométricas que se realizan a la hora de una valoración nutricional en la embarazada.

TOMA DE DECISIONES: Es la selección de un curso de acción entre varias alternativas. Por lo tanto, constituye la base de la planeación. Así, la toma de decisiones implica la identificación y elección de un curso de acción para tratar un problema concreto o aprovechar una oportunidad. De hecho, la toma de decisiones constituye una parte importante en la labor de todo gerente, sobra decir que todos tomamos decisiones, lo que diferencia el ejercicio de esta en la administración es la atención sistemática y especializada que los gerentes o administradores prestan a la misma.

TOXEMIA DEL EMBARAZO: Es la presencia de edema, hipertensión y proteinuria en una mujer con más de 24 semanas de amenorrea, es

una complicación médica de la embarazada que en casos severos, pone en peligro la vida del feto y de la madre.

USOS Y COSTUMBRES: Se conoce así a todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad con su carácter único y con su historia dentro de la sociedad. Así, los usos y costumbres son especiales y raramente se repiten con exactitud en otra comunidad.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Es un conjunto de acciones que se cumplen regular y continuamente, proporcionando la información necesaria y suficiente para la intervención oportuna con medidas adecuadas de prevención y control. La mortalidad de las madres se ha reducido significativamente por la marcada disminución de las complicaciones de las enfermedades infectocontagiosas que han dejado su preeminencia en las enfermedades crónicas degenerativas y los accidentes como las primeras causas de muerte.

VÓMITO: No se conoce la causa exacta de la presencia de náuseas en el embarazo, aunque pueden ser ocasionados por cambios hormonales o por niveles bajos de azúcar en la sangre al comienzo del embarazo. Por lo general, durante el primer mes, el estrés, viajes o algunos alimentos pueden provocar el vómito.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHUED A; José Roberto, *Prematurez: Un enfoque prenatal*. Ed. Editores de Textos Mexicanos. México, 2004. 475 pp.

Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS, A.C. *Ginecología y Obstetricia*. Ed. Méndez y Editores. 3ª ed. México, 1997. p. 313 – 327.

ARISTIZABAL H.; Gladis Patricia. *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 8. Año 8. No. 4. Oct- Dic. México, 2011. p. 16-22.

BALDWIN, Rahima y Tera Palmarini. *Vive plenamente tu embarazo*. Ed. Pax México, México, 1992. 325 pp.

BEISCHER, Norman y Eric Meckay. *Obstetricia y Neonatología*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. 3ª ed. México, 2000. 815 pp.

BOEREE, George. *Albert Bandura 1925 – paciente: Teorías de la personalidad*. En Internet: Cgboerce-1998cmapspublic3ihmc.us.html. México, 2011. 3 pp. Consultado el 20 de abril del 2012.

BRUNER, J. *El proceso de la educación Uteha*. México 1972

CABEZAS P.; C. y Cols. *Recomendaciones sobre el estilo de vida. Intervención sobre los estilos de vida. Grupo de expertos PAPPS. En la Revista Atención Primaria. Madrid, 2007; 39 (Supl. 3): 27. 46.*

CARRANZA C; St y ES. Bustamante Sosa. *Efecto de un programa educativo ambiental en el nivel de conocimientos en la comunidad de Muyurive. Ayacucho. Documento impreso. Lima, 2007. 7 pp.*

CASTILLEJO, J.L. Escamez, J. Y Marín, R. *Teoría de la Educación. Anaya, Madrid, 1981.*

Centro de Salud XOXOCOTLA. *Diagnóstico situacional de la comunidad. Documento impreso. Morelos, 2011. P. 10 – 27.*

CERROLAZA A; Javier y Cols. *Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Documento impreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en <http://www.navarro.es/NR/rdonlyres/D91FE499-4898-4EDD-AA09-213A8AF1ZZEA/151842SEGOembarazo.pdf> Madrid, 2012. 10 pp.*

COLMENARES Z; y Cols. *Interacciones de enfermería durante la clínica prenatal y conocimientos sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. En la Revista Enfermería Global No. 10. Febrero. Madrid, 2010. 5 pp.*

COURTNEY M.; Mary. *Nutrición materna y fetal*. En Lowdermilk Perry y Bohak. *Enfermería Materno Infantil*. Ed. Harcourt Oceano. 6ª ed. Madrid, 2010. P. 163 -193.

DUEÑAS, Victor Hugo. *El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud*. En la Revista Columbia Médica. Vol. 32. No. 4. Universidad del Valle. Cali, 2001. p. 189 – 196.

FERNANDEZ A.; Julio. *Obstetricia Clínica*. Ed. McGraw-Hill. 2ª ed. México, 2009. 603 pp.

FERNÁNDEZ S.; Ricardo Vladimir. *Valor de la hemoglobina en la gestante y su relación con el parto pretérmino y peso del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa*. Tesis profesional. Disponible en: sisbid.unmsm.edu.pe/bibvirtualdeta/tesis/salud/...?introd_objetivos
Lima, 2011. 10 pp.

FREYERMUTH E. María Graciela. *Morir en Chemalhó: Género etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. Tesis profesional de Doctorado en Antropología. Documento impreso. México, 2000. 585 pp.

GAGNON P.; Denise. *Trastornos hipertensivos del embarazo*. En Lowdermilk, Perry y Bohak. *Enfermería Materno Infantil*. Ed. Harcourt Océano. Cap. 27. Madrid, 2010. p. 727-751.

GARCÍA Carrasco, J. *Aproximación al estudio de la estructura del acto pedagógico*. Universidad Pontificia, Salamanca, 1980.

GARCÍA Z; Erica y Luis Enrique Guevara. *El modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender en la educación para la salud en familias de zonas marginadas de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México*. Tesis profesional para la obtención del título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. México, 2000. p. 33 – 124.

GIRALDO O., Alexandra y Cols. *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. En la Revista Hacia la promoción de la salud. Vol. 15. No. 1. Enero-Junio. Bogotá, 2010. p. 128 – 143.

Grupo de Estudios del Nacimiento GEN. *Sistema para detección evaluación y registro perinatal*. Asociación Hispana Mexicana IAP. Centro de Investigación Materno Infantil. Ed. Grupo Gen. México, 2001. 24 pp.

GUIBERT R.; Wilfredo y Cols. *Como hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?* En la Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 15. No. 2. Marzo-Abril. Habana de Cuba, 1999. 9 pp.

HEMANTHA Senanayake 2011. *Simple educational intervention will improve the efficacy of routine antenatal iron supplementation*.

**Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. Volume 36,
Issue 3,**

HERNÁNDEZ S.; Roberto y Cols. *Metodología de la Investigación*. Ed. McGraw-Hill. 4ª ed. México, 1991. 849 pp.

HEPPRD, Martha y Thomas J. Garité. *Urgencias Obstétricas: Guía práctica*. Ed. Elsevier-Science. 3ª ed. Madrid, 2003 . 361 pp.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Diseño y construcción de proyectos de investigación*. Vol. I. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Investigación Médica. Ed. IMSS. México, 1994. 361 pp.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Medicina en Ginecología, Obstetricia y Perinatología*. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3. Centro Médico la Raza del IMSS. México, 1994. p. 296 – 332.

LEWIS, Thomas y Cols. *Obstetricia*. Ed. El Manual Moderno. 5ª ed. México, 1994. 401 pp.

LOPEZ-LLERA, Mario. *Generalidades sobre la toxemia del embarazo*. En la toxemia del embarazo: lecciones básicas. Ed. Limusa, S.A. México, 1993. p. 17 – 45.

LOPEZ-LLERA, Mario. *La toxemia del embarazo: Lecciones básicas*. Ed. Limusa, S.A. México, 1993. p. 47 – 74.

LOPEZ- LLERA, Mario. *Preeclampsia- eclampsia: generalidades sobre diagnóstico y tratamiento*. En Fiorelli-Alfaro. *Complicaciones médicas en el embarazo*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. México, 1996. p. 70 – 80.

KELSEY Hegarty, Et al. 2007. *Women's Views and outcomes of an Educational Intervention Designed to Enhance psychosocial support for Women During Pregnancy*. BIRTH 34-2 June 2007

MARTINEZ M.; Margarita. *Factores de riesgo que presentan las mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tláhuac y su repercusión en la salud el Binomio madre – hijo*. Tesis profesional de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Documento impreso. México, 1999. 133 pp.

MOLINA M.; Helia. *Estrategias de promoción de salud en la adolescencia*. Curso salud y desarrollo del adolescente. Modulo 4. Lección 17. Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 2011. 24 pp.

MORALES M.; Nelly. *Evaluación del nivel de conocimientos y aplicación de la NOM-007-SSA2-1993 referente al componente de control prenatal en médico y enfermeras de primer nivel en 7*

municipios que pertenecen a la jurisdicción sanitaria No.111 en Cuautla, Morelos en 2005. Tesis profesional de Maestría en Salud Pública. Documento impreso. Morelos, 2006. 99 pp.

NEWMAN, Roger y Barbara Luke. *Embarazo multiple.* Ed. McGraw-Hill. México, 2002. 295 pp.

NOLAN, M. L. Et al. 2009. *Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies.* The Journal of perinatal Education. 18 (4) 21 – 30,

NOTTE E.; Lucille y Jacqueline Rose Holt. *Principios de la investigación en enfermería.* Ed. Ediciones Doyma. 2ª ed. México, 2000. 196 pp.

ORTIGOZA, Eduardo. *Fisioterapia perinatal.* Ed. Editores de Textos Mexicanos. México, 2003. 51 pp.

PASQUETTI, C.; Alberto. *Evaluación nutricional en el embarazo.* En Fiorelli-Alfaro. *Complicaciones médicas en el embarazo.* Ed. McGraw-Hill. México, 1996. p. 15 – 19.

PANTELIDES, Edith Alejandra. *Aspectos sociales del embarazo la fecundidad adolescente en America Latina.* Documento impreso. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/ml/9/22069/ICg2229-pl> Buenos Aires, 2011.. p. 7 – 23. Consultado el día 14 de marzo del 2011.

PEDERSEN, Jorgen. *La diabética gestante y su recién nacido*. Ed. Salvat Editores. Madrid, 1981. 279 pp.

POLIT, Denise y Bernardette Hungler. *Investigación científica en ciencias de la salud*. Ed. Interamericana. 2ª ed. México, 1985. 589 pp.

QUEENAN, John. *Atención del embarazo de alto riesgo*. Ed. El Manual Moderno. México, 1993. 457 pp.

RAILE A.; Martha y Ann Marriner T. *Modelos y teorías de Enfermería*. Elsevier. 7ª ed. México, 2011. p. 434- 441.

RAMIREZ, A.; Félix. *Obstetricia para la Enfermera profesional*. Ed. Manual Moderno. México, 2002. p. 219 – 228.

RIVERA, R. Ma. Del Socorro. y Cols. *Aptitud clínica en estudiantes de enfermería en el proceso de atención materno infantil*. En la Revista de Enfermería del IMSS. No. 12(3). México, 2004. p. 137-146.

RODRIGUEZ, G.; Ma. de los Ángeles. *Factores de riesgo para embarazo adolescente*. En el Sistema de información científica Redalyc. Disponible en: <http://realyc.vaemex.mx/sro/inicio/Art.Pdf.jsp?cue=159013072007> .
Universidad Pontificia Boliviana. Bogotá, 2008. p. 46 – 58.

RODRIGUEZ, G.; Odalis y Cols. *Factores que inciden en la anemia ferropénica de la embarazada*. En la Revista Cubana de Farmacología, No. 36. (3). Habana, Cuba, 2002. p. 176 – 181.

ROZO de Arevalo, Clara. *Educación en salud*. En la Revista Aguichan. Año 1. No. 1. Octubre. Bogotá, 2001. p. 46-53.

SÁNCHEZ M.; Nancy. *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender*. Disponible en www.sliderharenet/NancySanchez/nola-pender-1276481. Universidad de Trujillo. Escuela Profesional de Enfermería. Lima, 2009. 2 pp.

SALINAS, Judith y Fernando Vía del R. *Promoción de la salud en Chile*. En la Revista Chilena de Nutrición. Vol. 29. Supl. 1. Octubre. Santiago de Chile, 2002. 10 pp.

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS. *Pirámide poblacional 2012 de la fundación sanitaria No. II*. Oficina de información, evaluación y estadística. Manual de Servicios de Salud. México, 2012. 100 pp.

TREJO M.; Fernando. *Aplicación del Modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo*. En la Revista Enfermería Neurológica. Vol. 9. No. 1. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México, 2010. p. 40 – 47.

VIDAL, P.; YESSIE y Margarita Orellana. *Obesidad en el embarazo. Un impacto a resolver en la familia*. Documento impreso del Modulo I:

Tendencias en Salud Pública, Familiar y Comunitaria. Diplomado en Salud Pública y familiar. Disponible: <http://medicina.uach.cl/slaudpublica/diplomado/contenido/trabajos/1Puerto%20Montt%202003/obesidadembarazo> México, 2011. 4 pp.

VIGIL –DE GARCÍA, Paulino. *Obstetricia: complicaciones en el embarazo*. Ed. Distribuina. Bogotá, 2008. 423 pp.

VOTO, Liliane. *Hipertensión en el embarazo*. Ed. Corpus. Buenos Aires, 2008. 481 pp.

ZOLEX, Michael y Thomas H. Strong. *Cuidados intensivos en obstetricia. Manual práctico*. Ed. Medica Panamericana. Buenos Aires, 1994. 437 pp.